



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Comunitária**

**PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NUM GRUPO DE  
UTENTES COM DIABETES**

**Prevenir as lesões dos pés**

**Deonilde Cláudia Peixoto de Sousa Pina**

**2013**



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Comunitária**

**PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NUM GRUPO DE  
UTENTES COM DIABETES**

**Prevenir as lesões dos pés**

**Deonilde Cláudia Peixoto de Sousa Pina**

**Relatório de Estágio Orientado por:**

**Prof<sup>a</sup> Cláudia Bacatum**

**2013**



## **Agradecimentos**

Este projeto foi possível pelo apoio e envolvimento de diferentes pessoas, entre as quais destaco e agradeço:

À Sr.<sup>a</sup> Professora Cláudia Bacatum pela partilha de conhecimentos, orientação dedicada e constante disponibilidade.

À Enfermeira Cristina Brás pelo apoio e disponibilidade.

À Fisioterapeuta Isabel Santos, com quem tive o prazer de trabalhar, pela disponibilidade, pela partilha de conhecimentos e por abraçar este projeto.

À Dr.<sup>a</sup> Maria Luísa Araújo, pelo apoio, disponibilidade, incentivo, amizade e por abraçar este projeto. É uma honra trabalhar consigo.

Ao grupo de pessoas portadoras de Diabetes, que participaram no projeto, pela disponibilidade em colaborar, pela partilha de experiências e de emoções. Foi um privilégio trabalhar convosco.

A toda a equipa da USFTS, especialmente à equipa de enfermagem, pelas palavras de apoio, de incentivo, coragem e amizade. É uma honra trabalhar convosco.

À colega de mestrado e amiga Ana Martinho, pela partilha, apoio, companheirismo e amizade ao longo de todo o percurso. Porque não existem coincidências.

À amiga Catarina Ângelo, pela amizade, carinho, incentivo e apoio, pelas mensagens de força e conversas de café.

À família, ao marido Nuno, pelo incentivo, paciência e apoio incondicional e insubstituível. Sem ti não seria possível.

## **Lista de abreviaturas e/ou siglas**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNA – Canadian Nurses Association

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

EpS – Educação para a Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IDF - International Diabetes Federation

INE – Instituto Nacional de Estatística

IWGDF – International Working Group on the Diabetic Foot

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPCD – Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

PNS - Plano Nacional de Saúde

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SINUS – Sistema Informático de Unidades de Saúde

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

UC – Unidade Curricular

USFTS – Unidade de Saúde Familiar Travessa da Saúde

WHO – World Health Organization

## **Resumo**

A Diabetes é umas das doenças crónicas que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, com repercussões significativas a nível pessoal e familiar, constituindo um problema de saúde pública, pelo seu impacto social e económico, exigindo competência e habilidade para a sua gestão.

A enfermagem comunitária assume um papel fundamental na capacitação das pessoas portadoras de Diabetes, para o autocuidado e para o desenvolvimento de competências que lhe permitam prevenir as complicações decorrentes da mesma.

A intervenção comunitária desenvolvida na Unidade de Saúde Familiar Travessa da Saúde decorreu no período de Outubro de 2012 a Fevereiro de 2013, contando com a participação de um grupo de 37 pessoas portadoras de Diabetes, com o objetivo de promover o autocuidado com os pés, de modo a prevenir as lesões precursoras das complicações do “pé diabético”.

Como metodologia seguiu-se o Planeamento em Saúde, de acordo com Imperatori e Giraldes e Tavares, e como referencial teórico, a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, de Dorothea Orem. Na fase de diagnóstico, procedeu-se à aplicação do questionário acerca dos fatores comportamentais e educacionais para a prevenção do pé diabético, de Maria Braz.

Nos resultados foram identificados défice de autocuidado e de conhecimento sobre os cuidados aos pés. O processo de promoção para o autocuidado do grupo fez-se através da Educação para a Saúde em grupo, na medida em que promove a tomada de decisão autónoma e responsável pela gestão da doença, com base na aquisição de conhecimentos que favoreçam a mudança de comportamentos.

A intervenção comunitária desenvolvida contribuiu para o reconhecimento da importância da promoção do autocuidado na gestão da Diabetes e das suas complicações, possibilitando o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da enfermagem comunitária.

**Palavras-chave:** Diabetes, Autocuidado, Enfermagem Comunitária.

## **Abstract**

Diabetes is a chronic disease that affects millions of people worldwide, with a significant impact on a personal and family level, it's social and economic impact, constitutes a public health problem, requiring competence and ability to manage it.

The community nursing plays a key role in empowerment of people with Diabetes, by focusing on self-care and the development of skills that will enable them to prevent complications arising from such disease.

The community intervention developed at the Unidade de Saúde Familiar Travessa da Saúde occurred in the period between October 2012 and February 2013, with the participation of a group of 37 people with Diabetes, the goal promote the self-care with their fee as to prevent precursor lesions of the complications of the "diabetic foot".

The methodology used was the Planning Process in Health according to Imperatori and Giraldes and Tavares, and as theoretical reference, Theory of Self-Care Deficit Nursing, Dorothea Orem. In the diagnosis phase, we used the questionnaire about the behavioral and educational factors for the prevention of diabetic foot, from Maria Braz.

The results identified lack of self-care and lack of knowledge about their foot care. The group promotion process for self-care was made through the Health Education Group, as it promotes autonomous decision-making and responsible management of the disease, based on the acquisition of knowledge that promotes behavioral change.

The community intervention developed contributed to the recognition of the importance of promoting self-care in the management and complications of Diabetes, enabling the development of expertise within the community nursing.

**Keywords:** Diabetes, Self Care, Community Nursing.

# Índice

Introdução .....	9
1. Enquadramento teórico .....	11
1.1. Dados epidemiológicos da Diabetes.....	12
1.2. Complicações da Diabetes – pé diabético .....	14
1.3. Educação para a Saúde na Diabetes .....	16
1.4. A intervenção de enfermagem comunitária e saúde pública na promoção do autocuidado .....	17
2. Metodologia .....	22
2.1. Diagnóstico de Situação .....	22
2.1.1. Caracterização do contexto de intervenção .....	23
2.1.2. População alvo e Amostra.....	24
2.1.3. Técnica e procedimento de colheita de dados .....	25
2.1.4. Apresentação e análise dos principais resultados .....	26
2.1.4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra .....	27
2.1.4.2. Caracterização clínica da amostra .....	28
2.1.4.3. Diagnóstico comportamental da amostra .....	29
2.1.4.4. Diagnóstico educacional da amostra .....	30
2.1.4.5. Problemas identificados .....	30
2.2. Definição de Prioridades .....	32
2.3. Fixação de objetivos.....	32
2.4. Seleção de Estratégias .....	34
2.5. Preparação Operacional.....	37
2.6. Avaliação.....	40
3. Conclusões .....	45
3.1. Reflexão sobre as competências adquiridas .....	45
3.2. Considerações finais.....	47
Bibliografia .....	50
Apêndices.....	57

Apêndice I – Autorização para divulgação do nome da instituição e colheita de dados.....	58
Apêndice II – Gráfico da distribuição dos utentes inscritos na USFTS por idade e sexo .....	62
Apêndice III - Consentimento Informado .....	64
Apêndice IV – Fluxograma do processo de seleção dos participantes.....	66
Apêndice V – Pedido de autorização para utilização do questionário .....	68
Apêndice VI – Tabelas dos resultados relevantes do Diagnóstico de situação .....	70
Apêndice VII - Plano Operacional detalhado.....	86
Apêndice VIII – Cronograma de Gantt .....	92
Apêndice IX – Cartaz e folheto com os resultados do Diagnóstico de situação .....	94
Apêndice X – Plano da sessão de Educação para a Saúde - “Diabetes e cuidados a ter com os pés” .....	98
Apêndice XI – Plano da sessão de Educação para a Saúde – “Vamos lá mexer! – prática de atividades física dos membros inferiores” .....	100
Apêndice XII – Sessões de Educação para a Saúde para os utentes de grupo .....	102
Apêndice XIII- “Guia para pés saudáveis” .....	129
Apêndice XIV – Plano da sessão informativa aos profissionais da USFTS .....	139
Apêndice XV – Guia de boa prática de avaliação do pé.....	141
Apêndice XVI - Ficha de avaliação da satisfação .....	159
Apêndice XVII – Resultados da Ficha de Avaliação da Satisfação .....	163
Apêndice XVIII – Tabelas com os resultados do diagnóstico educacional (Etapa de avaliação) .....	165
Anexos.....	167
Anexo I – Questionário .....	168
Anexo II – Folha de avaliação do exame clínico de rastreio do pé.....	178



## **Introdução**

O presente relatório surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária, e pretende ser o relato final das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas, na Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório. A intervenção comunitária decorreu entre 01 de Outubro de 2012 e 15 de Fevereiro de 2013, no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) VI – Loures/Odivelas, nomeadamente na Unidade de Saúde Familiar Travessa da Saúde (USFTS). (Apêndice I)

Atualmente o envelhecimento progressivo da população e o aumento da esperança média de vida, bem como a adoção de estilos de vida menos saudáveis tem favorecido o aumento da incidência de doenças crónicas ou que produzem graus de incapacidade progressivamente elevados. Estas representam uma ameaça real à saúde e ao desenvolvimento das pessoas e das comunidades, na medida em que se traduzem em custos humanos, sociais e económicos significativos, estimando-se que são responsáveis por 35 milhões de mortes por ano. (*World Health Organization [WHO]*, 2008)

Neste contexto, é fundamental que as pessoas desenvolvam competências que lhes permitam manter a sua vida com a máxima qualidade, pelo que “o potencial dos enfermeiros para contribuir para a melhoria da saúde das populações em todo o mundo através da prevenção e cuidados na doença crónica nunca foi tão grande”. (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010, p.5)

A Diabetes é uma das doenças crónicas que atinge milhões de pessoas em todo o mundo, constituindo não só um problema individual ou familiar, mas um problema de saúde pública, com um forte impacto social e económico, tanto em termos de produtividade como de custos. Segundo a *International Diabetes Federation (IDF, 2011)* a Diabetes é considerada uma ameaça à concretização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, afetando particularmente as nações social e economicamente mais desfavorecidas, assumindo a prevenção de complicações da doença uma das principais preocupações estratégicas ao nível global e nacional.

Assim, privilegiando estratégias de acordo com o contexto, desenvolveu-se uma intervenção comunitária tendo como foco a Diabetes, delineando estratégias que permitissem intervir ao nível

da prevenção de uma das complicações mais comuns e onerosas da doença: as lesões de pé diabético. Esta situação assume uma importância particularmente relevante, pois antecede muitas vezes a amputação do membro inferior.

Ao longo de todo o relatório optou-se pelo uso do termo Diabetes, na medida em que é considerado um foco de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® Versão 2), procurando durante o desenvolvimento da intervenção ir ao encontro dos objetivos e estratégias delineadas no Plano Nacional de Prevenção e Controle da Diabetes (PNPCD) (2008), bem como das Diretivas Práticas sobre o Tratamento e a Prevenção do Pé Diabético. (*International Working Group on the Diabetic Foot [IWGDF]*, 2011; OE, 2011b)

A metodologia do Planeamento em Saúde constituiu-se como norteadora de todo o projeto desenvolvido na UC, uma vez que permitiu refletir sobre as necessidades de saúde dos indivíduos/comunidade, estabelecer prioridades e estratégias, bem como avaliar os resultados obtidos, num processo de interação entre o enfermeiro, a comunidade e os seus recursos.

A vivência de uma doença crónica como a Diabetes requer conhecimento e habilidade específica para o autocuidado, pelo que a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, de Dorothea Orem, emergiu como referencial teórico orientador da intervenção comunitária, apontando estratégias que o enfermeiro pode mobilizar para intervir ao nível da promoção do autocuidado.

De forma a dar visibilidade e promover a reflexão sobre o caminho percorrido e as competências adquiridas, no primeiro capítulo efetua-se a caracterização do foco de intervenção, fazendo alusão ao referencial teórico norteador, realçando os aspetos que se revelam fundamentais à intervenção de enfermagem comunitária. No segundo capítulo, descrevem-se todas as etapas de desenvolvimento da intervenção comunitária, e no terceiro reflete-se sobre as competências adquiridas durante este processo formativo. A estrutura do presente relatório obedece ao Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, estando redigido segundo a Norma APA (5ª e 6ª edição). (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL], 2012)

## **1. Enquadramento teórico**

Atualmente assiste-se a um aumento progressivo da mortalidade e incapacidade das pessoas resultante de doenças de duração prolongada e progressão lenta, que para além de exigirem um tratamento continuado, implicam a definição de estratégias de intervenção de modo a favorecer o potencial de saúde da idade adulta.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, a gestão integrada da doença constitui uma área que requer um forte empenho por parte do sector da saúde, na medida em que se por um lado o envelhecimento da população e os estilos de vida menos saudáveis, favorecem o aumento da prevalência das doenças crónicas, por outro, as doenças crónicas são também importantes fatores de risco para outras doenças. Assim,

há que melhorar o acesso de doentes crónicos, quer à informação que habilite a um melhor autocontrolo, quer a materiais que viabilizem a autovigilância da doença, capacitando os doentes para as decisões e, simultaneamente, aumentando o seu grau de responsabilidade, individual e social, sobre a evolução da doença. (Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde, 2004a, p. 56)

No mesmo sentido, no PNS 2012-2016 a gestão da doença crónica emerge como uma área com necessidade de intervenção, uma vez que as ações ao nível da “cultura da participação ativa e de responsabilização pela sua própria saúde, controlo e autogestão da doença crónica” têm constituído um benefício a longo prazo para a saúde dos indivíduos/grupos/comunidade. (Alto Comissariado da Saúde, 2012b, p.6)

Citando, a OE (2010, p. 35) “os doentes com quadros crónicos necessitam de um nível de apoio alargado nas suas comunidades para manterem o melhor estado de saúde e nível de funcionamento, durante tanto tempo quanto possível”, pelo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (EEECSP) como elemento de uma equipa de saúde comunitária assume um papel de destaque.

A Diabetes constitui uma das principais doenças crónicas que afeta populações em todos os países do mundo, nos mais diversos estádios de desenvolvimento, sendo definida como uma

doença metabólica de etiologia múltipla, decorrente da insuficiente produção ou ação da insulina, caracterizada pela hiperglicemia crônica, com impacto no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas. (WHO, 2012)

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2011a), a Diabetes poderá ser de quatro tipos:

- ✓ Tipo 1 - causada por uma reação autoimune, em que o sistema imunitário afeta as células produtoras de insulina, fazendo com que as pessoas produzam muito pouca insulina ou nenhuma. Esta afeta pessoas em qualquer idade, mas geralmente ocorre em crianças ou adultos jovens.
- ✓ Tipo 2 – responsável por pelo menos 90% de todos os casos de Diabetes, caracteriza-se pela resistência ou deficiência de insulina, ocorrendo geralmente após os 40 anos de idade.
- ✓ Diabetes Gestacional – que consiste na hiperglicemia durante a gravidez, sendo que geralmente desaparece após a mesma, no entanto as mulheres com Diabetes Gestacional têm um risco aumentado de desenvolver Diabetes tipo 2 mais tarde na vida.
- ✓ Os outros tipos específicos de Diabetes - correspondem a situações que decorrem de um processo etiopatogénico identificado (defeitos genéticos da célula  $\beta$ , defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias diversas ou induzida por químicos ou fármacos).

Uma vez que a Diabetes tipo 2 é mais prevalente, sendo que a maioria das pessoas com esta patologia é acompanhada em Cuidados de Saúde Primários, a intervenção comunitária a desenvolver irá incidir apenas neste tipo específico de Diabetes.

### **1.1. Dados epidemiológicos da Diabetes**

Nos últimos anos têm-se assistido a um aumento crescente da incidência e da prevalência da Diabetes, afetando já 371 milhões de pessoas adultas no mundo, representando 8,3% do total desta mesma população, sendo que os dados epidemiológicos confirmam que a sua forma de progressão a configura como uma epidemia. Segundo as projeções realizadas para 2030, esta

problemática atingirá cerca de 552 milhões de pessoas em todo o mundo, isto é, cerca de 9,9% de pessoas no mundo serão portadoras de Diabetes, o que equivale a surgirem aproximadamente 3 pessoas com Diabetes a cada 10 segundos. (*IDF*, 2012)

Apesar do impacto, das consequências e dos dados referentes à sua mortalidade estarem muitas vezes subestimados, a Diabetes é considerada a quarta principal causa de morte por doença ao nível mundial, estimando-se que em 2012 foi responsável por 4,8 milhões de mortes no mundo, 50% das quais em pessoas com idade inferior a 60 anos. (*IDF*, 2012)

No contexto europeu estima-se que 83 milhões de pessoas são portadoras de Diabetes, prevendo-se que este valor subirá para quase 100 milhões até 2030. Dados epidemiológicos apontam para que em 2011, a Diabetes tenha sido causa de morte de 600 mil pessoas, 90% das quais com idade superior a 50 anos, o que se torna significativo face ao envelhecimento da população, tornando-se imperativo intervir nesta problemática. (*IDF*, 2011; Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2011)

Portugal é um dos países da Europa que regista uma elevada taxa de prevalência de Diabetes, estimando-se que em 2011 foi de 12,7% da população, com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos. Tal como se verifica na Europa, afeta significativamente a população idosa, sendo de realçar que mais de um quarto da população portuguesa, entre os 60-79 anos, é portador de Diabetes. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2012)

De acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, em Portugal durante o ano de 2011 foram detetados 651,8 novos casos de Diabetes por cada 100 000 habitantes, verificando-se um aumento de 80% do número de novos casos diagnosticados anualmente na última década. Apesar de em 2010, a Diabetes ter representado cerca de sete anos de vida perdida por cada óbito, na população com idade inferior a 70 anos, a sua importância como causa de morte tem vindo a diminuir, estimando-se que em 2011 ocorreram 4536 óbitos por Diabetes. (SPD, 2012)

Em 1989, na Declaração de *St. Vincent*, a Diabetes foi formalmente reconhecida como um grave problema de saúde de todas as idades e todos os países, tendo sido feito um apelo aos governos e departamentos de saúde para que procedessem à reorganização dos cuidados de saúde, investindo particularmente na prevenção, identificação e tratamento das suas complicações. (DGS, 2008)

Em 2011, verificou-se que em Portugal os reinternamentos por descompensação ou complicações da Diabetes representaram mais de 1/5 do total dos episódios de internamento, sendo de realçar que em 2009, a Diabetes foi apontada como uma das causas de morte evitável sensível aos cuidados de saúde. (Alto Comissariado da Saúde, 2012a; SPD, 2012)

Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2011, p. 7) “parte dos diabéticos adere apenas de modo limitado às medidas terapêuticas propostas pelos profissionais de saúde”, pois os determinantes e fatores de riscos associados ao aparecimento da Diabetes e das suas complicações estão intimamente ligados aos estilos de vida e aos comportamentos com impacto na saúde.

Apesar de se verificar um grande investimento ao nível do diagnóstico e da terapêutica, a prevenção das complicações da Diabetes é um problema que permanece, na medida em que a população continua a apresentar, a médio ou a longo prazo, as complicações mais variadas que podem advir desta doença, tais como a doença cardiovascular, a nefropatia, a neuropatia, a amputação e a retinopatia. Estas complicações, para além de terem um impacto negativo na saúde e qualidade de vida das pessoas, bem como das suas famílias, comprometem fortemente a sua produtividade e contribuem para elevados custos de saúde individuais, sociais e económicos. (DGS, 2008)

## **1.2. Complicações da Diabetes – pé diabético**

Como uma das complicações major da Diabetes, o pé diabético é definido como toda a “situação de infeção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associada a alterações neurológicas e doença vascular periférica dos membros inferiores”, sendo responsável por um grande número de amputações em todo o mundo. (Parisi, Wittmann e Fernandes, 2008, p. 92)

O *IWGDF* (2011) aponta para que, por ano mais de um milhão de amputações são realizadas em todo o mundo, contribuindo para elevados custos por hospitalização e para reabilitação, com repercussões de ordem pessoal, social e psicológica.

De acordo com a Circular Normativa nº 005 de 21/01/2011 da DGS, o pé diabético é uma das complicações mais graves da Diabetes, estimando-se que é responsável por cerca de 70% de todas as amputações efetuadas por causas não traumáticas e o principal motivo de ocupação de camas hospitalares pelas pessoas portadoras de Diabetes. Segundo a mesma fonte, estima-se que, em Portugal, possam ocorrer anualmente cerca de 1600 amputações não traumáticas dos membros inferiores, sendo que cinco anos após a primeira amputação, mais de metade das pessoas correm o risco de sofrer amputação contralateral.

Segundo a DGS (2011c), 25% de todas as pessoas portadoras de Diabetes têm condições favoráveis ao aparecimento de lesões nos pés, pelo que constituem um grupo de risco, nomeadamente pela presença de neuropatia sensitivo-motora e de doença vascular aterosclerótica.

Em Portugal, tem-se verificado que o número total de amputações dos membros inferiores por Diabetes também tem vindo a decrescer, devido à redução das amputações major, sendo de assinalar que 2011 foi o ano em que se registou o menor número de amputações da última década. O número de doentes saídos (internamentos hospitalares) por pé diabético tem-se mantido relativamente constante, verificando-se um ligeiro decréscimo nos últimos 4 anos. (SDP, 2012)

Tendo em conta estes dados, muitos países têm desenvolvido programas e intervenções com vista à prevenção e à deteção precoce da Diabetes, sendo que a evidência internacional demonstra que medidas preventivas, tais como a observação regular do pé, a educação do doente e família, bem como o tratamento multidisciplinar das úlceras dos pés, poderão reduzir as taxas de amputação em 49-85%, o que representa efetivos ganhos em saúde. (*IWGDF*, 2011)

O PNPCD tendo com o objetivo “atrasar o início das complicações major da Diabetes e reduzir a sua incidência”, valoriza uma política de intervenção orientada para a prevenção da doença e educação para a saúde, bem como para a prevenção e deteção precoce das complicações da Diabetes, visando o desenvolvimento de capacidades que promovam a autonomia e o autocuidado da pessoa portadora de Diabetes. (DGS, 2008, p. 6)

Citando Pereira (2004, p. 165) “esta trágica realidade pode e deve ser modificada, mediante a educação dos diabéticos, familiares e técnicos de saúde visando a prestação de cuidados aos pés dos diabéticos, na área da prevenção e tratamento”, defendendo uma educação podológica, destacada ou complementar da educação terapêutica diabetológica. Deste modo, torna-se fundamental investir na educação para a saúde, o que passa inevitavelmente pela intervenção de enfermagem a nível ao nível dos cuidados de saúde primários.

### **1.3. Educação para a Saúde na Diabetes**

A promoção da saúde é enunciada na Carta de Ottawa, como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde”, constituindo um alerta para o facto de ser essencial na capacitação das pessoas, de modo a prepararem-se para enfrentar as diversas etapas da vida, bem como para o surgimento de doenças crónicas. (OMS, 1986)

No mesmo sentido, em Alma-Ata a educação sobre os principais problemas de saúde, no âmbito da prevenção e controlo dos mesmos, foi considerada como uma prioridade dos Cuidados de Saúde Primários, para além da responsabilidade na prestação de cuidados clínicos e curativos. (OMS, 1978)

Assim, de acordo com *WHO* (1998), a educação terapêutica do paciente permite capacitar a pessoa e a sua família a enfrentar uma situação de doença crónica, devendo ser projetada no sentido de promover a sua autonomia, bem como a aquisição de comportamentos e habilidades para cuidar de si próprio (autocuidado), gerindo a sua doença e evitando complicações.

Deste modo, controlar uma doença crónica, como a Diabetes, exige inevitavelmente uma abordagem aos diferentes níveis de prevenção, numa lógica de valorização da promoção da



saúde, assumindo a educação estruturada e organizada, um importante papel na prevenção de complicações, com vista à melhoria da qualidade de vida da pessoa.

Segundo a DGS (2000, p. 2) a educação terapêutica da pessoa portadora de Diabetes, é “uma das principais armas terapêuticas (...) e uma forma de eleição para a co responsabilização do doente pelo controlo da sua doença”. Perspetivada como um processo ativo, desencadeada e efetuada por profissionais de saúde, a educação terapêutica na Diabetes visa a capacitação da pessoa para a tomada de decisões em relação à doença, através da obtenção de conhecimentos para o autocuidado, promovendo a sua autonomia na construção do seu projeto de saúde.

No mesmo sentido, Caldeira (2002) defende a Educação para a Saúde (EpS) na Diabetes como um elemento chave na redução da incidência da Diabetes e no seu tratamento, na medida em que permite a interligação dos elementos da tríade terapêutica (dieta, medicação e exercício), residindo a sua essência no treino de comportamentos essenciais que permitam controlar a doença, e como tal retardar o aparecimento de complicações.

Citando Carvalho (2006, p. 23), “educar as pessoas para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas. Mostrar-lhes que elas podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados à saúde”, constituindo um componente essencial dos cuidados de enfermagem, especialmente em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP).

#### **1.4. A intervenção de enfermagem comunitária e saúde pública na promoção do autocuidado**

Focando-se essencialmente nas respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, tendo a promoção da saúde como pilar de intervenção, a enfermagem comunitária distingue-se das restantes especialidades por ter como alvo de atenção a comunidade. (OE, 2011a)

Em diversos países tem-se verificado que o empenho dos enfermeiros especialistas no acompanhamento de pessoas com doença crónica, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados de enfermagem na comunidade, assumindo responsabilidades adicionais e mais

alargadas na gestão da doença, traduz-se numa melhoria dos resultados de saúde e na promoção de comportamentos de autocuidado, bem como na redução da necessidade de cuidados hospitalares. (WHO, 2010)

Os enfermeiros ao nível dos CSP, pela natureza dos cuidados que prestam, são habitualmente o primeiro e mais consistente ponto de relação com as pessoas, estando na melhor posição para obter informação sobre a sua família, bem como sobre fatores sociais, culturais e económicos que podem ser importantes para o desenvolvimento de uma intervenção. Assim, através das suas habilidades na EpS, ajudam as pessoas a desenvolver estratégias de prevenção e de gestão da sua saúde, fazendo o melhor uso dos recursos da comunidade. (CNA, 2005)

A vivência de uma doença crónica como a Diabetes requer uma adaptação da pessoa para conseguir um autocontrolo eficaz da doença, para o qual o conhecimento e habilidade específica para o autocuidado são fundamentais. (Braz, 2007; OE, 2010, p.35)

Neste sentido, o EEECSPP tem um papel determinante no desenvolvimento e implementação de estratégias que visem o cumprimento do PNPCD, de modo a inverter o crescimento das complicações da Diabetes, através da capacitação das pessoas, da promoção da saúde e do autocuidado.

Para além da vigilância epidemiológica da Diabetes, cabe ao EEECSPP ser o impulsionador e/ou cooperar com outros profissionais, bem como com a comunidade no sentido de reduzir a doença e promover estilos de vida saudáveis, reconhecendo oportunidades para educação das pessoas, famílias e comunidades e identificar grupos de risco acrescido de desenvolvimento de complicações, pois “as ações tomadas numa fase precoce do curso da diabetes são mais benéficas em termos da qualidade de vida e são mais custo-efetivas”. (OE, 2010, p. 34)

Segundo Dorothea Orem (2001), o papel do enfermeiro passa por promover a pessoa como agente de autocuidado, incentivando-a e facilitando a sua tomada de decisão, no controlo do comportamento e na aquisição de conhecimentos e habilidades que lhe permitam gerir a sua doença. A pessoa é considerada como um ser em constante adaptação e em interação com o

ambiente, com capacidade para refletir sobre si mesmo, tendo o direito e a responsabilidade de cuidar de si para manter a sua própria vida e saúde, possuindo potencial para aprendizagem, pois o modo como satisfaz as suas necessidades de autocuidado não é intuitiva, tratando-se de um comportamento aprendido. (Orem,2001)

Neste sentido, conceptualiza o autocuidado como uma função reguladora humana, efetuada deliberadamente, compreendendo todas as atividades que a pessoa desempenha no contexto da vida diária, em seu benefício que lhe permite responder de forma consciente às suas necessidades, manter a vida e a saúde, recuperar e/ou conviver com os efeitos e limitações das alterações de saúde, dando continuidade ao seu desenvolvimento e bem-estar pessoal, contribuindo para a sua integridade e funcionamento. (Orem, 2001)

A partir da sua reflexão sobre o conceito de autocuidado, que possui uma aplicação pragmática na prática de enfermagem, Dorothea Orem (2001) formulou a Teoria do Défice de Autocuidado, como uma teoria geral de enfermagem composta por três teorias relacionadas: a teoria do autocuidado, que exprime o objetivo, os métodos e resultado do autocuidado; a teoria do déficit do autocuidado, que expressa e desenvolve as razões que levam as pessoas a necessitarem dos cuidados de enfermagem e a teoria dos sistemas de enfermagem, que é a teoria unificadora, estabelecendo a estrutura e conteúdo da prática de enfermagem.

O autocuidado exige que as pessoas sejam ou se tornem capazes de aceitar sua própria condição, devendo ser aprendido e realizado de forma contínua no tempo, estando a capacidade para o mesmo condicionada por fatores como a idade, o estado de desenvolvimento, a experiência de vida, a orientação sociocultural, a saúde e os recursos disponíveis, sendo que a autora formula três categorias de requisitos de autocuidado:

- ✓ Requisitos universais de autocuidado - correspondem às necessidades humanas básicas comuns a todos os seres humanos, durante todos os estádios do ciclo vital, com vista a manutenção das condições de vida;
- ✓ Requisitos de autocuidado de desenvolvimento - estão relacionados com o crescimento humano, com os processos de desenvolvimento e com as condições e eventos que

ocorrem durante as várias etapas do ciclo de vida ou etapas de desenvolvimento do indivíduo e do ambiente onde está inserido, o que por vezes requer uma adaptação;

- ✓ Requisitos de autocuidado por desvio de saúde- surgem quando existem doenças ou incapacidades. São ações que se justificam quando existe o desequilíbrio entre a necessidade de autocuidado e a capacidade para o realizar, podendo ajudar no controlo da patologia nas suas fases iniciais e na prevenção de complicações e de incapacidade, sendo essencialmente sobre estes que se irá incidir no projeto de intervenção.

Assim, a enfermagem é uma prática de "ajudar a fazer por si mesmo" e/ou "ajudando-o a aprender a fazer por si mesmo", dependendo do grau de incapacidade ou limitação que a pessoa possua para proceder ao seu autocuidado. Pois a doença pode limitar o que uma pessoa pode fazer por si mesmo, bem como a sua capacidade de raciocinar, de tomar decisões, verificando-se um défice de autocuidado, isto é, um indicador de que as pessoas precisam de ajuda. (Orem, 2001, p.18)

Citando Pearson e Vaughan (1992, p. 72) “a promoção do autocuidado é na verdade uma atitude muito radical na prestação de cuidados de saúde. (...) a enfermeira trabalha concretamente para capacitar os doentes a tomarem decisões, e a agirem por eles próprios, exceto quando isto não é possível.”

Deste modo, quando as limitações impedem completa ou parcialmente o autocuidado, o enfermeiro mobiliza e seleciona métodos de ajuda, através de sistemas de enfermagem, podendo de acordo com as necessidades de ação e com as limitações associadas à saúde, atuar por ou fazer por outrém; orientar e dirigir; fornecer apoio físico ou psicológico; proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal, ou simplesmente, prestar cuidados num sistema de apoio-educação. Os sistemas de enfermagem podem ser para indivíduos ou grupos, cujos membros possuam necessidades de autocuidado terapêutico com componentes idênticas ou que apresentem limitações semelhantes para o autocuidado. (Orem, 2001)

Assim, na gestão das complicações da Diabetes, através da promoção do autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado tem conferido um elevado grau de aplicabilidade, uma vez que a

pessoa poderá ter a capacidade de desenvolver o autocuidado de forma terapêutica mas não sem a assistência de enfermagem, pelo que a autora defende que a pessoa pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, tendo o enfermeiro um papel fundamental de apoio e capacitação da pessoa para o mesmo. Para que tal ocorra, o enfermeiro deve considerar o contexto da pessoa e o seu estilo de vida, a sua experiência e os hábitos de vida diária, os seus modelos de pensamento e de percepção, bem como ter conhecimento dos requisitos de autocuidado da pessoa, para que através do ensino possa ajudar as pessoas a tornarem-se eficientes nas suas atividades de autocuidado. (Orem, 2001)

## **2. Metodologia**

O planeamento, enquadrado na área de gestão e economia, surge formalmente no campo da saúde, assumindo-se como um instrumento fundamental na tomada de decisão e implicando a coordenação de esforços dos vários setores socioeconómicos. Como um processo contínuo de racionalização de recursos e de serviços, de modo a utilizá-los de forma mais eficaz e eficiente, o Planeamento em Saúde exige uma intervenção organizada e pertinente em problemas considerados prioritários, visando alcançar determinados objetivos, através da seleção das melhores soluções, de modo a favorecer a redução de problemas de saúde, contribuindo assim para melhorar o nível de saúde das populações. (Imperatori e Giraldes, 1993; Tavares, 1990)

Neste sentido, ao longo da intervenção utilizou-se a metodologia de Planeamento em Saúde proposta por Imperatori e Giraldes (1993) e Tavares (1990), pelo que no decorrer deste capítulo irá apresentar-se a descrição de cada etapa, conforme decorreu na consecução do projeto de intervenção comunitária.

### **2.1. Diagnóstico de Situação**

O diagnóstico de situação é identificado por Imperatori e Giraldes (1993) como o primeiro passo para o processo de Planeamento em Saúde, na medida em que engloba o conhecimento da situação, a determinação das necessidades da população e dos fatores de risco, justificando a intervenção e assumindo-se como imprescindível para medir a evolução alcançada com as intervenções implementadas.

Assim, “caracterizando o nível de saúde da população”, o diagnóstico de situação deve ser suficientemente abrangente, de forma a revelar os principais problemas e fatores condicionantes, bem como suficientemente aprofundado, para que se revelem as causas, não esquecendo no entanto, que deve ser igualmente sucinto e claro. (Tavares, 1990)

### **2.1.1. Caracterização do contexto de intervenção**

Uma vez que “a exploração direta no terreno é indispensável e é também a fonte mais fiável”, foi preconizada a articulação com o ACES VI – Loures/Odivelas, que é composto por 32 unidades funcionais, que garantem o primeiro acesso da população aos cuidados de saúde, assumindo como principais funções a promoção da saúde, a prevenção da doença, bem como a prestação de cuidados na doença e a continuidade de cuidados pela ligação a outros serviços da comunidade. (Dúran, 1989, p. 63)

Tendo em conta o foco de intervenção e segundo dados fornecidos pela direção do ACES, em 2010 existiam cerca de 10 083 utentes registados com “Guia da Pessoa com Diabetes”, sendo que durante o mesmo ano cerca de 33,09% destes utentes foram seguidos em consulta de enfermagem no âmbito do PNPCD. Quanto à incidência de amputação major em pessoas portadoras de Diabetes no ACES, estima-se que em 2010 foi de 0,7 por cada 10.000 residentes, com idade superior a 65 anos, sendo este valor semelhante à média nacional em 2009, que se estima ser de 0,85 por cada 10.000 residentes.

A intervenção comunitária desenvolveu-se na USFTS, que dirige a sua atividade para a população residente na freguesia de Camarate, pertencente ao concelho de Loures e ao distrito de Lisboa, na qual residem 19 789 habitantes, 48% dos quais do sexo feminino, sendo de realçar que 16% da população total apresenta 65 anos ou mais e 29,3% da população total apresenta menos de 25 anos. (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012)

Tendo iniciado o seu funcionamento em Dezembro de 2010, a equipa de profissionais da USFTS presta cuidados de saúde a 19 094 utentes, 49% do sexo masculino e 51% do sexo feminino, cuja distribuição etária poderá ser analisada pelo gráfico 1 (Apêndice II), sendo de realçar que a porção de idosos e jovens é muito semelhante, o que vai ao encontro dos dados da freguesia de Camarate, na qual a porção de idosos é de 16,1% para 16,9% de jovens, sendo o índice de envelhecimento 95 e de dependência total 49,4. (INE, 2012)

Segundo fonte do Sistema Informático Unidades de Saúde (SINUS), na USFTS em 2012, estavam registados como seguidos no PNPCD cerca de 801 utentes, entre os 18 e os 75 anos, tendo-se realizado 658 consultas de enfermagem de Diabetes.

De acordo com a ERS (2011, p. 8), verificam-se “falhas significativas ao nível da oferta de serviços na área da Diabetes Mellitus, designadamente (...) em áreas cruciais da prevenção das complicações da diabetes: pé diabético”, sendo de realçar que o PNS 2004-2010 apontou como estratégias de intervenção fundamentais na prevenção de lesões nos pés proceder-se à “identificação sistemática de diabéticos, com atribuição do Guia do Diabético; a educação terapêutica aos diabéticos identificados (...); o rastreio sistemático do “pé diabético (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p. 77).

Neste sentido, na USFTS a consulta de enfermagem não contempla a avaliação dos fatores de risco condicionantes de lesões nos pés, nos utentes com Diabetes, nem se procede ao rastreio de alterações sensitivas, tal como é preconizado pela DGS (2011b), pelo que se considerou pertinente intervir a este nível.

### **2.1.2. População alvo e Amostra**

Na impossibilidade de estudar todas as pessoas portadoras de Diabetes inscritas na USFTS, optou-se por seleccionar uma lista de utentes de uma enfermeira de família, com um total de 1862 utentes, 97 dos quais com diagnóstico de Diabetes. No entanto, por limitação temporal, optou-se por seleccionar uma amostra intencional, não probabilística, em que a seleção dos sujeitos participantes teve como princípio assegurar a “variedade de pessoas inquiridas e confirmar que nenhuma situação importante para o problema tratado foi omitida”. (Ghiglione e Matalon, 1993, p.62)

Assim, definiu-se como amostra todas as pessoas pertencentes a esta lista de utentes, portadores de Diabetes, inscritos e seguidos na USFTS, na consulta de enfermagem no âmbito do PNPCD, com os seguintes critérios de elegibilidade:



- ✓ Com capacidade física, cognitiva e mental para compreender e responder às questões formuladas;
- ✓ Sem comorbidades debilitantes, quer físicas ou cognitivas, que impeçam o autocuidado;
- ✓ Que no momento da colheita de dados, não possuam úlcera ativa;
- ✓ Que aceite participar no projeto e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice III), dando cumprimento ao artigo nº 84 do código deontológico dos enfermeiros, que assegura que “no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”. (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p. 109)

De acordo com a aplicação dos critérios de elegibilidade da amostra, os utentes foram selecionados e posteriormente convocados por telefone ou pessoalmente para integrarem o projeto, sendo a amostra constituída por 37 utentes. (Apêndice IV)

### **2.1.3. Técnica e procedimento de colheita de dados**

Na intervenção comunitária o principal objetivo da colheita de dados prende-se com a obtenção de informação útil acerca da comunidade e da sua saúde, de modo a que após a interpretação dos dados colhidos se proceda à identificação dos problemas dessa mesma comunidade. (Shuster & Goeppinger, 2011)

Neste sentido, procedeu-se à consulta dos registos de avaliação inicial do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), bem como dos processos clínicos, de modo a efetuar a caracterização sociodemográfica das pessoas portadoras de Diabetes que constituem a amostra, uma vez que o seu perfil terá uma importância preponderante, nomeadamente na seleção das estratégias e intervenções a desenvolver.

De seguida, de forma a conseguir identificar possíveis problemas de saúde, no âmbito do autocuidado com os pés nas pessoas portadoras de Diabetes, selecionou-se como instrumento de recolha de informação um questionário (Anexo I), que se pretendeu que fosse de autopreenchimento, sobre os fatores comportamentais e educacionais para prevenção do pé

diabético, pois o autocuidado é influenciado pelo conhecimento das pessoas sobre o funcionamento e desenvolvimento humano. (Orem, 2001).

Este instrumento foi selecionado, na medida em que permite aceder ao conhecimento que as pessoas portadoras de Diabetes possuem face aos cuidados necessários com os pés, bem como identificar as atividades de autocuidado que desenvolvem, tendo sido devidamente assegurada a autorização prévia do autor para a sua utilização neste contexto. (Apêndice V)

É de salientar que este instrumento foi elaborado tendo por base o Consenso Internacional sobre o Pé Diabético de 2001, que no que diz respeito aos comportamentos esperados para a prevenção do pé diabético, que não diferem do preconizado pelas diretivas práticas (2011) mais recentes.

Por fim, e tendo em conta as competências específicas do EEECS, emanadas pelo Colégio da Especialidade da OE (2011c), nomeadamente na identificação de problemas potenciais nos grupos-alvo, visando a gestão do risco, considerou-se pertinente proceder à avaliação do grau de risco de ulceração do pé das pessoas portadoras de Diabetes que constituem a amostra.

Para tal, realizaram-se incursões junto de colegas do ACES peritos na área da Diabetes, com o objetivo de adquirir competências no âmbito da avaliação dos fatores de risco condicionantes de lesões nos pés, bem como no rastreio de alterações sensitivas, nomeadamente à pressão, através do uso do monofilamento de 10g de Semmes-Weisnten e à vibração, com o uso do diapasão de 128 Hz, tal como é preconizado pela DGS (2011c). De modo a efetuar o registo da avaliação, recorreu-se à “folha de avaliação do exame clínico de rastreio do pé” (Anexo II), publicada nas diretivas práticas sobre o tratamento e a prevenção do pé diabético, sendo que a estratificação da amostra por grau de risco teve por base o preconizado na norma da DGS nº 005/2011. (DGS, 2011c; IWGDF, 2011)

#### **2.1.4. Apresentação e análise dos principais resultados**

Conforme recomendado pela metodologia de Planeamento em Saúde, para processamento dos dados obtidos recorreu-se à estatística descritiva, visto permitir descrever as características da amostra, pelo que se utilizou o programa informático Microsoft Office Excel 2010.

Assim, com base nos dados obtidos e como forma de sintetização, recorreu-se à distribuição de frequências, elaborando-se tabelas relativas aos resultados da aplicação do questionário.

É de salientar que, para analisar o comportamento, utilizou-se os termos adequado e não adequado, sendo que comportamento adequado foi considerado quando as respostas às questões formuladas eram iguais às preconizadas pelo Consenso Internacional do Pé Diabético (2011) e não adequado quando as respostas não coincidiam com o mesmo.

De igual modo, para mensurar o conhecimento, utilizou-se o termo certo e errado, tendo-se considerado conhecimento certo quando as respostas às questões formuladas eram iguais às preconizadas pelo Consenso Internacional do Pé Diabético (2011) e errado quando tal não acontecia.

De seguida, são apresentados os dados mais relevantes para a caracterização da amostra, estando todos os dados apresentados em apêndice. (Apêndice VI)

#### **2.1.4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra**

A amostra é constituída por 37 utentes portadores de Diabetes, 22 do sexo feminino e 15 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 23 e os 75 anos, sendo que a média de idades se situa nos 58 anos.

Quanto ao seu estado civil, é possível verificar que 28 utentes são casados, 4 são solteiros, 3 são divorciados e 2 são viúvos.

A amostra é ainda constituída por 30 utentes que frequentaram ou completaram os 4 anos de escolaridade 1º ciclo do ensino básico, 2 utentes com 6 anos de escolaridade, 4 utentes com 9 anos de escolaridade, e apenas 1 utente possui 12 anos de escolaridade. Estes resultados vão ao encontro dos dados estimados para a freguesia de Camarate, uma vez que mais de metade da população residente na freguesia possui apenas 4 anos de escolaridade (61,3%). (INE,2012)

A baixa escolaridade é um aspeto referenciado em diversos estudos, como “um fator comum entre pessoas com Diabetes, (...) constituindo-se como um fator agravante para o desencadeamento de complicações crónicas, devido ao possível comprometimento das habilidades de leitura, escrita e compreensão das atividades de educação para o autocuidado preventivo”, e como tal, poderá constituir um motivo para comportamento inadequado de cuidados aos pés. (Vigo et al, 2006, p.299; Rocha, 2005)

No que diz respeito à situação profissional, os utentes da amostra não se encontram distribuídos homogeneamente, verificando-se um predomínio de utentes pertencentes a grupos profissionais menos qualificados. Assim, de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões 2010, é possível verificar que 9 utentes pertencem ao grupo dos trabalhadores não qualificados, outros 9 são trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, 6 utentes estão reformados, 5 utentes pertencem ao grupo dos operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem, 4 utentes são trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, 2 utentes desempenham funções administrativas e 2 utentes encontram-se desempregados. (INE, 2011)

#### **2.1.4.2. Caracterização clínica da amostra**

Os aspetos clínicos dos utentes da amostra devem ser tidos em conta, uma vez que poderão evidenciar condições de risco para o desenvolvimento de complicações nos pés. Quanto maior for o tempo de diagnóstico de Diabetes, maior é a probabilidade da pessoa vir a desenvolver qualquer complicação decorrente da doença. Neste sentido, a amostra apresenta 21 utentes com um tempo de diagnóstico inferior a 5 anos, 7 utentes são portadores de Diabetes num período de 6 e 10 anos, 5 utentes são portadores de Diabetes entre 11 a 15 anos, 1 utente é portador de Diabetes entre 16 a 20 anos e 3 utentes apresentam um tempo de diagnóstico superior a 20 anos. (Braz, 2007)

O parâmetro da hemoglobina glicosilada (HbA1c) é amplamente aceite quer como índice de glicemia média, quer como preditor do risco de desenvolvimento de complicações crónicas da Diabetes. Deste modo, da análise dos resultados da amostra é possível apurar que 13 utentes

possuem valores de HbA1c inferior a 6.5%, o que constitui um sinal de controlo glicémico, enquanto os restantes 24 utentes da amostra valores superiores, ultrapassando por vezes os limites desejáveis. (DGS, 2011d)

Quanto ao grau de risco de ulceração do pé, verifica-se que 34 utentes possuem baixo risco de ulceração, sendo de realçar que 21 destes utentes apresenta uso de calçado inadequado. Verifica-se ainda que 1 utente possui médio risco de ulceração do pé, por presença de neuropatia e 2 utentes possuem alto risco de ulceração, por história de úlcera cicatrizada, estando devidamente acompanhados por equipas especializadas.

#### **2.1.4.3. Diagnóstico comportamental da amostra**

Através da análise da resposta aos questionários acerca dos cuidados essenciais aos pés, é possível verificar que 33 utentes manifestam comportamentos adequados relativamente aos cuidados de higiene e 26 utentes observam os pés diariamente.

No entanto, 32 utentes não efetuam uma hidratação adequada dos pés, 10 utentes não procedem à remoção das calosidades corretamente, pelo uso de objetos potencialmente agressivos ou substâncias químicas, sendo também importante realçar que 18 utentes não responderam a esta pergunta, visto nunca terem removido calosidades.

O corte das unhas constitui outro cuidado essencial, que 30 utentes não efetuam de forma adequada, sendo que 4 utentes não responderam a esta questão, pois este cuidado é-lhes prestado por outras pessoas, não possuindo conhecimento de como este cuidador o faz.

O calçado inadequado é a causa mais comum de lesão do pé. Assim, no que se prende com o comportamento de escolha e uso de calçado, verifica-se que 34 utentes usam calçado aberto, 22 utentes não utilizam calçado macio e confortável e 25 utentes não usam calçado sem costuras. No que se prende com comportamentos de verificação do calçado, antes de calçar, apenas 24 utentes afirmam que o fazem, sendo de realçar que 34 utentes não utilizam meias de cor clara e sem costura, o que poderá constituir um fator de risco para o aparecimento de lesões.

#### **2.1.4.4. Diagnóstico educacional da amostra**

Quanto ao conhecimentos sobre os cuidados essenciais a ter com os pés, verifica-se que 21 utentes não possuem conhecimentos corretos acerca da remoção de calosidades, 22 utentes acerca da hidratação dos pés, 25 utentes acerca do corte das unhas, verificando-se ausência de respostas para estas questões por défice de conhecimento.

Pela análise dos resultados também é evidente a existência de conhecimentos errados quanto às características do calçado, pelo que 32 utentes consideram correto o uso de calçado aberto e 23 utentes possuem conhecimento incorreto acerca da estrutura adequada do calçado.

Contudo, pela comparação dos resultados, é possível concluir que apesar de grande parte dos utentes que constituem a amostra possuírem conhecimentos corretos, no que se prende com os cuidados de higiene e observação dos pés, bem como o tipo de meias adequadas e cuidados de verificação do calçado, existe uma discrepância no que diz respeito à operacionalização desses mesmos cuidados.

A discrepância verificada vai ao encontro dos resultados do estudo desenvolvido por Athayde e Ferreira (2004, p. 47) que concluíram que “apesar de conhecimentos e práticas se correlacionarem positivamente, há uma diferença estatisticamente significativa entre aquilo que as pessoas sabem ser a forma correta de agir para prevenir complicações do pé diabético e aquilo que realmente fazem”.

De igual forma Scapim (2004), citando Barbui & Cocco (2002), corrobora esta ideia salientando que as pessoas portadoras de Diabetes sabem que os cuidados adequados com os pés são necessários, porém o autocuidado não é realizado corretamente.

#### **2.1.4.5. Problemas identificados**

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993, p.63) a definição de problemas constitui a última etapa do diagnóstico, e diz respeito aos *outputs* provenientes deste, sendo que “considera-se problema de saúde toda a situação de doença ou risco de doença mensurável nos indivíduos”.

Decorrente da análise dos resultados obtidos, verifica-se que os utentes que constituem a amostra não possuem conhecimentos acerca de alguns cuidados essenciais aos pés, verificando-se também um défice no autocuidado nos cuidados aos pés, pela prática de remoção de calosidades incorreta, pela não hidratação dos pés, pela prática de corte de unhas incorreta, bem como pelo uso de calçado e meias inadequadas.

De acordo com a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, os problemas identificados preenchem os requisitos de autocuidado de desvio de saúde, na medida em que estão relacionados com medidas terapêuticas essenciais para prevenir lesões nos pés, sendo fundamental intervir de forma a promover a prática destas medidas de autocuidado.

Assim, através do diagnóstico de situação foram identificados os seguintes problemas:

- ✓ Défice no autocuidado nos cuidados aos pés;
- ✓ Défice de conhecimento sobre os cuidados adequados aos pés

Na definição de diagnósticos de enfermagem, teve-se em conta as premissas da Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem e optou-se pela linguagem da CIPE® Versão 2, pois é a classificação utilizada no contexto da colheita de dados, sendo que esta terminologia resultou de aceitação universal, nomeadamente pela WHO em 2008, apresentando-se como um quadro de referência unificador, prevendo uma linguagem padronizada em termos de prestação de cuidados, que poderá ser mobilizada não só na formulação de diagnósticos, mas também na formulação de intervenções e resultados dos clientes. (OE, 2011b)

Deste modo, formularam-se os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- ✓ Défice no Autocuidado para com a Diabetes nos cuidados aos pés, num grupo de utentes com Diabetes
- ✓ Défice de Conhecimento para com a Diabetes sobre os cuidados aos pés, num grupo de utentes com Diabetes.

## **2.2. Definição de Prioridades**

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), a seleção de prioridades constitui a segunda etapa do processo de Planeamento em Saúde, sendo que esta pretende dar resposta à necessidade de optar entre vários problemas perspetivando diferentes formas de os resolver.

Para tal, os autores defendem que é imperioso o estabelecimento de critérios que permitam esta decisão, definindo critérios clássicos a ter em conta, tais como a magnitude que se prende com a dimensão do problema; a transcendência que remete para a importância do problema segundo grupos etários e a vulnerabilidade que avalia “a possibilidade de evitar uma doença segundo a tecnologia atual disponível na área”. (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 66)

Tendo em conta estes critérios, por considerar que o desenvolvimento da intervenção terá exequibilidade tecnológica, deontológica e económica, havendo a possibilidade de evolução do problema, decidiu-se intervir nos dois problemas acima identificados, pelo que não se justificou recorrer a nenhuma metodologia de seleção de prioridades.

Por outro lado, diversos autores afirmam que os conhecimentos que o utente possui acerca dos cuidados essenciais aos pés, tem impacto nas medidas de autocuidado terapêutico que realiza, pelo que se considera fundamental intervir ao nível dos dois problemas identificados, pois a intervenção num terá repercussões no outro, constituindo a educação do utente, um dos pilares da prevenção das complicações do “pé diabético”.

## **2.3. Fixação de objetivos**

A fixação de objetivos, de acordo com Tavares (1990, p. 113), caracteriza-se pela definição dos “resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo”, através da implementação e desenvolvimento de intervenções que procuram ter impacto nos indivíduos, nomeadamente nos seus comportamentos e na saúde de forma global. Para que tal aconteça, é fundamental ter em consideração cinco elementos fundamentais: a natureza da situação desejada,



os critérios de sucesso ou fracasso, a população-alvo, a área de aplicação e a delimitação temporal.

Segundo a Teoria de Enfermagem conceptualizada por Dorothea Orem, assente no autocuidado, a intervenção de enfermagem desenvolve-se quando a pessoa necessita de integrar medidas de autocuidado necessárias para manter o seu bem-estar, possibilitando o desenvolvimento de competências e habilidades que lhe permitam enfrentar os efeitos da doença de forma autónoma. (Orem, 2001)

Assim, pretendeu-se com o desenvolvimento da intervenção comunitária, promover a mudança de comportamento dos utentes do grupo, de modo a prevenir as lesões dos pés e em última análise, diminuir o risco de ulceração do pé, pelo que se definiu como objetivo geral da intervenção comunitária:

- ✓ Promover o autocuidado com os pés, num grupo de utentes portadores de Diabetes seguidos na USFTS, no período de Outubro de 2012 a Fevereiro de 2013.

No entanto, segundo Carvalho (2006) e Orem (2001), para que ocorra mudança de comportamento e esse mesmo comportamento se mantenha, poderá ser necessário que a intervenção decorra num período de tempo alargado, sendo que Henriques (2011) defende que 6 meses é o tempo mínimo para que esta mudança possa ser mensurável. Também Cosson, Ney-Oliveira e Adan (2005), referem que para melhorar os cuidados com os pés é necessário um intervalo de 6 meses a 1 ano de aplicação de um programa educativo. Uma vez que o período de intervenção é limitado, foram formulados os seguintes objetivos operacionais, de forma mensurável e tecnicamente exequíveis, assumindo uma função determinante na orientação da intervenção e avaliação da mesma:

- ✓ Que pelo menos 50% dos utentes do grupo sejam capazes de indicar corretamente como proceder à hidratação da pele, à remoção de calosidades e ao corte das unhas;
- ✓ Que pelo menos 80% dos utentes do grupo sejam capazes de identificar três características da estrutura do calçado adequado;

- ✓ Que pelo menos 50% dos utentes do grupo reconheça a atividade física dos membros inferiores como uma medida de autocuidado de prevenção de complicações nos pés;
- ✓ Aumentar em 10%, o nº de utentes com diabetes seguidos na USF, com registo de avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de pé diabético.

## **2.4. Seleção de Estratégias**

Após a fixação dos objetivos é fundamental “conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários”, adotando para tal um “conjunto coerente de técnicas específicas organizadas”, que permitam modificar a evolução natural do problema de saúde. (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 87).

A intervenção em enfermagem comunitária tem como finalidade a utilização de estratégias adequadas à diversidade de contextos, visando deste modo a aquisição de melhores níveis de saúde em grupos e comunidade. Assim, na seleção das estratégias a adotar, teve-se em consideração não só o nível de intervenção e as especificidades da população alvo, mas também a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, de Dorothea Orem.

Este referencial teórico trouxe um grande contributo para a intervenção comunitária, uma vez que a autora descreve que quando se verifica que as habilidades de autocuidado são insuficientes para satisfazer as necessidades (défice de autocuidado), o enfermeiro tem um papel primordial como provedor de autocuidado, através de um sistema de enfermagem, podendo mobilizar diferentes métodos de ajuda. (Orem, 2001)

Deste modo, uma vez que o diagnóstico de situação se prende com requisitos de autocuidado por desvio de saúde, no qual a população alvo demonstra capacidade para desempenhar o autocuidado, embora precise de apoio e orientação, a estratégia de intervenção baseou-se no sistema de apoio-educação, de forma a otimizar as capacidades e autonomia dos utentes do grupo, estimulando a sua tomada de decisão e a aquisição de conhecimentos e habilidades para o autocuidado com os pés.

Por outro lado, segundo Dorothea Orem (2001) a estratégia educativa do autocuidado permite facilitar as mudanças das pessoas no estágio da sua história pessoal, familiar e social, sendo o autocuidado um comportamento aprendido.

Neste sentido, a Educação para a Saúde (EpS) é a estratégia de intervenção adequada para alcançar os objetivos fixados, assumindo-se como um componente essencial dos cuidados de enfermagem de qualidade às pessoas portadoras de Diabetes, na medida em que fornecendo informação sobre a doença, melhorando os seus conhecimentos e competências de autogestão, reforça-se a sua capacidade para lidar com a mesma. (Braz, 2007; Engelke, 2011)

De acordo com Comiotto e Martins (2006), o enfermeiro tem a responsabilidade de desenvolver atividades de EpS, que para além de promoverem a aceitação da pessoa portadora de Diabetes da sua condição de saúde, estimula o seu potencial para a prática do autocuidado através de um processo de ensino-aprendizagem, fundamental para a melhoria das suas condições de saúde e da qualidade de vida.

Diversos estudos têm demonstrado que a prevenção de complicações da Diabetes poderá ser possível através de programas educativos em grupo, uma vez que os grupos funcionam como redes de comunicação, assentando a sua interação numa reflexão crítica e favorecendo a troca de experiências vivenciadas entre os participantes do grupo. (Onega & Devers, 2011)

Citando Cisneros e Gonçalves (2009, p. 512), “as medidas de prevenção do pé diabético, lamentavelmente, são valorizadas pelos pacientes somente após uma experiência de complicação ou perda (úlceras, insensibilidade nos pés ou amputação) ou a partir do compartilhamento da experiência alheia”, pelo que as atividades educativas em grupo com possibilidade de interação e partilha entre os participantes são úteis e eficazes.

Corroborando esta ideia, Francioni e Silva (2007) e Dias, Silveira e Witt (2009) defendem que as atividades educativas em grupo demonstram proporcionar uma experiência terapêutica, na medida em que facilitam a partilha de conhecimentos e experiências entre as pessoas participantes no grupo, e proporcionam a discussão com os profissionais de saúde de informações

relativas à doença e ao seu controlo, bem como o esclarecimento de dúvidas, favorecendo a prática consciente de comportamentos preventivos e de promoção da saúde.

Para além de ser informativa, a educação em grupo apresenta-se como uma estratégia pedagógica eficaz na consciencialização da pessoa portadora de Diabetes sobre a importância do autocuidado, tendo como objetivo a transmissão de informações-chave, que ajudem a pessoa a adquirir habilidades para o autocuidado, fortalecendo o seu elo com o profissional de saúde. (Pereira, Torres, Cândido & Alexandre, 2009; Torres, Souza, Lima & Bodstein, 2011)

Deste modo, tendo como objetivo a promoção do autocuidado, optou-se pela metodologia de intervenção dirigida a grupos, sendo que “a dimensão do grupo influencia a eficácia; geralmente o número adequado para um grupo de trabalho centrado em mudanças individuais de saúde está entre 8 a 12 pessoas”. (Onega & Devers, 2011, p. 316)

Assim, houve necessidade de formar três grupos mais pequenos para a realização das atividades, pois o grupo era constituído por 37 utentes, pelo que os utentes foram convocados telefónica ou presencialmente para as atividades, ficando agrupados em dois grupos de 12 utentes e um grupo com 13 utentes, de acordo com o horário que lhes convinha.

De acordo com a linguagem CIPE® Versão 2, a promoção do autocuidado no grupo de utentes com Diabetes foi desenvolvida através de intervenções no âmbito do Promover (ajudar alguém a começar ou a progredir nalguma coisa), Educar (transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém) e Ensinar (dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde). (OE, 2011b, p. 96)

Como parte integrante das estratégias selecionadas, é ainda de salientar que se considerou fundamental avaliar desde logo a disponibilidade dos recursos humanos e materiais necessários ao desenvolvimento da intervenção, envolvendo nesta etapa a equipa de profissionais da USFTS, bem como a fisioterapeuta da Unidade de Cuidados Continuados de Sacavém, entre outros parceiros (empresas de indústria farmacêutica no âmbito da Diabetes), de modo a potencializar os

recursos existentes e contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de saúde prestados, nomeadamente dos cuidados de enfermagem.

## **2.5. Preparação Operacional**

De acordo com a metodologia adotada e os objetivos estabelecidos para a intervenção comunitária, estabeleceram-se as atividades a desenvolver, definindo claramente o seu nome, o seu número, os recursos necessários à sua execução, bem como o seu objetivo e resultados esperados. (Apêndice VII)

No sentido de validar as atividades a desenvolver, efetuou-se uma revisão bibliográfica acerca das atividades já desenvolvidas noutros contextos, consultando informadores privilegiados e com experiência no terreno e uma fisioterapeuta do ACES. Do ponto de vista académico e profissional estiveram envolvidas a professora orientadora, a orientadora do local de intervenção, bem como toda a equipa de profissionais da USFTS, especialmente a equipa de enfermagem.

Uma vez que o período de tempo da intervenção foi limitado, de modo a controlar o desempenho das atividades programadas, optou-se por elaborar um cronograma de Gantt, para determinar as relações sequenciais das atividades da intervenção, sendo que estas foram desenvolvidas em espaço próprio do ACES, tendo-se realizado a marcação do espaço de acordo com o cronograma estabelecido. (Apêndice VIII)

É de salientar ainda que, no sentido de assegurar a eficácia da intervenção educativa, consideraram-se os diferentes domínios da aprendizagem: o domínio cognitivo, que implicou um conhecimento prévio das aptidões cognitivas do grupo de utentes para que a intervenção fosse adequada; o domínio afetivo, procurando mudança nos valores e comportamentos do grupo, tendo presente que este é um processo gradual que envolve vários estádios e o domínio psicomotor, através da realização de atividades que requeiram coordenação psicomotora e aquisição de competências nesta área. (Onega & Devers, 2011)

Assim, para a obtenção dos objetivos pré-estabelecidos, desenvolveram-se as seguintes atividades:

### **1) Divulgação dos resultados do Diagnóstico de Situação**

De modo a sensibilizar o grupo e os profissionais da USFTS para a pertinência da intervenção comunitária, favorecendo o seu envolvimento ao longo de todo o período de intervenção, considerou-se pertinente divulgar os resultados do diagnóstico de situação. Para tal, elaborou-se um folheto que foi distribuído nas consultas de enfermagem no âmbito do PNPCD, e cartazes que foram afixados nas duas salas de espera da USFTS e nas seis salas de trabalho de enfermagem, com a síntese dos principais resultados dos questionários. (Apêndice IX)

### **2) Sessão de EpS - “Diabetes e cuidados a ter com os pés” (Apêndice X)**

Esta sessão teve como principal objetivo favorecer a compreensão da importância do autocuidado na prevenção de lesões dos pés, sensibilizando o grupo de utentes portadores de Diabetes, dos fatores que favorecem o aparecimento de lesões, capacitando-os para a deteção precoce de complicações, bem como para o autocuidado com os pés.

Assim, recorreu-se a metodologias pedagógicas do tipo expositivo e interrogativo, mas essencialmente do tipo demonstrativo, procurando-se demonstrar algumas atividades de autocuidado diário com os pés, pois “a demonstração é um desempenho de procedimentos e habilidades psicomotoras, que combinadas com a prática, constituem o método mais adequado para adquirir habilidades.” (Redman, 2003, p. 50)

No sentido de motivar os utentes do grupo para o autocuidado, foram ainda distribuídas no final das sessões amostras de creme hidratante e limas de cartão, instrumentos que poderão utilizar no autocuidado com os pés no âmbito da hidratação da pele e dos cuidados com as unhas.

### **3) Sessão de EpS - “Vamos lá mexer! – prática de atividade física dos membros inferiores” (Apêndice XI)**

Nesta sessão, para além se pretender rever os conteúdos e aprendizagens realizadas na primeira sessão, pretendeu-se essencialmente promover a prática de atividade física diária, como medida de autocuidado preventivo do aparecimento de lesões nos pés, através da realização de exercícios

que estimulam a circulação sanguínea dos membros inferiores, favorecem a flexibilidade articular, para além de proporcionarem algum relaxamento.

Assim, em parceria com a fisioterapeuta da UCC de Sacavém, optou-se por adaptar os exercícios de Allen Buerger à pessoa portadora de Diabetes, no sentido de prevenir as alterações físicas e funcionais dos membros inferiores, tendo em consideração a capacidade funcional de cada utente do grupo, bem como a sua situação de saúde. (Pereira, 2004)

Uma vez que “a forma como o conhecimento e informação são transmitidos é decisiva no processo educacional”, procurou-se apostar na participação ativa dos utentes portadores de Diabetes, centrando-se a atividade educativa não na doença, mas na individualidade da pessoa e nos seus objetivos, pelo que se recorreu a metodologia do tipo demonstrativo e ativo, de modo a favorecer a autonomia do grupo e de cada utente, bem como o seu desenvolvimento pessoal no autocuidado com os pés. (Bastos, 2004, p.22)

Tendo em consideração que o ensino poderá ser realizado através de instrumentos, tanto escritos como audiovisuais, sendo que “o uso de vários instrumentos aumenta a possibilidade de mais sucesso do que o uso de um único meio”, as sessões foram suportadas por apresentações de diapositivos, tendo sempre como preocupação a adequação aos objetivos das sessões, bem como às capacidades dos utentes do grupo. (Redman, 2003, p.51) (Apêndice XII)

#### **4) Elaboração do “Guia para pés saudáveis”**

No sentido de suportar a informação fornecida nas sessões, elaborou-se um “Guia para pés saudáveis”, com orientações gerais sobre o autocuidado com os pés, sendo que para a sua elaboração procedeu-se à consulta de profissionais peritos na área, bem como a equipa de profissionais da USFTS e da fisioterapeuta, optando-se pelo uso de linguagem simples e compreensível, tendo em conta o baixo grau de escolaridade do grupo. (Apêndice XIII)

Este guia veio posteriormente a ser divulgado pelos enfermeiros da USFTS, nas consultas de enfermagem à pessoa portadora de Diabetes, consistindo como um instrumento de educação para a saúde e de promoção do autocuidado com os pés.

### **5) Sessão informativa aos profissionais - “Diagnóstico Sistemático do pé diabético”** (Apêndice XIV)

Procurando garantir a continuidade e a uniformização dos cuidados pela equipa de profissionais da UFTS, realizou-se uma sessão informativa acerca do “Diagnóstico Sistemático do pé diabético”, colaborando com a equipa de profissionais na implementação da avaliação sistemática do pé e respetivo registo, na consulta de Diabetes. Esta atividade para além de favorecer o envolvimento dos profissionais na intervenção comunitária, contribuiu para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem prestados, competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

### **6) Elaboração do guia de boa prática de avaliação do pé** (Apêndice XV)

Após a sessão com os profissionais, surgiu a necessidade de sintetizar e esquematizar os conteúdos abordados, deixando-os disponíveis para consulta de toda a equipa de profissionais de saúde da USFTS. Neste sentido, optou-se pela elaboração de um guia de boa prática de avaliação do pé da pessoa portadora de Diabetes, sendo de realçar que este foi concebido tendo em conta as diretivas práticas preconizadas pelo Consenso Internacional do Pé Diabético, bem como as normas da DGS.

## **2.6. Avaliação**

A avaliação constitui a última etapa do processo de Planeamento em Saúde, estabelecendo por si só um mecanismo de retroação sobre as diversas etapas anteriores. Devendo ser precisa e pertinente, a avaliação tem como principal função determinar o grau de sucesso dos objetivos anteriormente delineados, baseando-se em normas e critérios específicos. (Tavares, 1990)

Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p.178) “numa situação de planeamento ou programação, a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são-no sob a forma de indicadores”, sendo através destes que conseguimos conhecer a realidade e a evolução registada, em termos da redução do problema de saúde, e deste modo avaliar a eficiência da intervenção.



Apesar de em saúde nem sempre ser fácil selecionar, recolher ou analisar indicadores, existem indicadores frequentemente utilizados, nomeadamente os indicadores de atividade ou execução, que medem a prestação de cuidados de saúde, e os indicadores de impacto ou resultado, que medem o estado de saúde. (Tavares, 1990)

Deste modo, selecionaram-se como indicadores de atividade:

- ✓ N° folhetos/cartazes divulgados;
- ✓ N° de utentes/ profissionais que avaliam as atividades de forma satisfatória.
- ✓ Taxa de atividades desenvolvidas -  $(\text{n}^\circ \text{ de atividades realizadas} / \text{n}^\circ \text{ de atividades planeadas}) \times 100$ ;
- ✓ Taxa de participação dos utentes nas atividades –  $(\text{n}^\circ \text{ utentes convocados para a atividade} / \text{n}^\circ \text{ de utentes que participaram na atividade}) \times 100$ ;
- ✓ Taxa de participação dos profissionais na atividade -  $(\text{n}^\circ \text{ profissionais convocados para a atividade} / \text{n}^\circ \text{ de profissionais que participaram na atividade}) \times 100$ ;

A par dos indicadores de atividade, foram igualmente definidos os seguintes indicadores de resultado:

- ✓ N° de utentes do grupo que indiquem corretamente como proceder à hidratação da pele, à remoção de calosidades e ao corte das unhas;
- ✓ N° de utentes do grupo que identifiquem três características da estrutura do calçado adequado;
- ✓ N° de utentes do grupo que reconheçam a atividade física dos membros inferiores como uma medida de autocuidado de prevenção de complicações nos pés;
- ✓ N° de utentes portadores de Diabetes seguidos na USFTS, com registo de avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de pé diabético.

Neste sentido, tal como planeado, foram afixados 2 cartazes nas duas salas de espera da USFTS e 6 nas salas de trabalho de enfermagem com os resultados do diagnóstico de situação, tendo-se divulgado 37 folhetos, abrangendo assim todos os utentes que constituíram a amostra.

Quanto à taxa de atividades desenvolvidas, tal como inicialmente previsto realizaram-se as 2 sessões de EpS para os 3 grupos de utentes, num total de seis sessões, bem como a sessão informativa aos profissionais da USFTS, cumprindo-se este indicador a 100%.

Uma vez que não foi possível todos os utentes do grupo (37) que constituíram a amostra inicial participarem nas atividades, 6 utentes por indisponibilidade da sua vida profissional, 1 utente por motivos de internamento hospitalar e 4 utentes por desistirem de continuar no projeto, estiveram presentes 26 utentes nas atividades planeadas. Deste modo, destaca-se as seguintes taxas de participação das sessões: Diabetes e cuidados com os pés (1ª sessão = 100%; 2ª sessão=75% e 3ª sessão= 87,5%) na sessão “Vamos lá mexer! – prática de atividade física dos membros inferiores” (1ª sessão = 90%; 2ª sessão=87,5% e 3ª sessão= 100%).

As sessões de EpS constituíram momentos muito enriquecedores, na medida em que foram pautadas pela partilha de experiências e conhecimentos entre os utentes, acerca dos cuidados a ter com os pés, para além de consistir num momento para o esclarecimento de dúvidas.

No que diz respeito à sessão com os profissionais a taxa de participação foi de 100%, uma vez que todos os profissionais convocados estiveram presentes (a equipa de enfermagem constituída por 10 enfermeiros e a equipa médica constituída por 10 médicos de família), sendo de salientar que esta sessão surgiu como uma oportunidade de os profissionais da USFTS consolidarem conceitos, esclareceram dúvidas e partilharam experiências, pelo que foi uma sessão muito pertinente e enriquecedora.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p. 192), “a satisfação é uma dimensão da qualidade dos cuidados muito ligada ao fator interpessoal, (...) a sua ausência determina com certeza uma baixa qualidade, porque influencia diretamente a adesão do utente”. Por outro lado, de acordo com o Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, a satisfação do cliente é identificada como um dos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional do EEECS. (OE, 2011a)

Assim, considerou-se pertinente elaborar uma ficha de satisfação das sessões, de modo a avaliar em que medida as atividades delineadas agradaram os seus destinatários. (Apêndice XVI). Da análise desta ficha foi possível obter uma avaliação da satisfação positiva, uma vez que as sessões foram classificadas na sua maioria como muito satisfatórias, tanto por parte dos utentes como dos profissionais. (Apêndice XVII)

No que se prende com os indicadores de impacto ou resultado é de salientar que, tendo em conta o período limitado de intervenção, estes refletem apenas a evolução registada do ponto de vista do conhecimento dos utentes acerca dos cuidados a ter com os pés, uma vez que a alteração de comportamentos requer uma intervenção mais prolongada e contínua.

Assim, intencionalmente durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2013 foi novamente aplicado o questionário de diagnóstico educacional utilizado na fase de diagnóstico de situação, aos utentes que participaram nas sessões, preferencialmente aquando a sua vinda a consulta na USFTS com o médico ou enfermeiro de família, no âmbito do PNPCD. Foi ainda solicitado que os utentes identificassem por escrito, as vantagens da realização de atividade física dos membros inferiores, na prevenção de lesões dos pés, bem como manifestassem a sua vontade de a manter no seu dia-a-dia.

Da análise das respostas é possível verificar alterações significativas no campo das cognições específicas, verificando-se uma evolução positiva, na medida em que a maioria dos utentes demonstra possuir conhecimentos de autocuidado com os pés, nomeadamente acerca da hidratação dos pés 20 utentes (76%), da remoção de calosidades 23 utentes (88%) e do corte das unhas 20 utentes (76%), respondendo corretamente ao questionário, o que permite afirmar que o objetivo delineado (50%) foi ultrapassado. (Apêndice XVIII)

No que se prende com a estrutura do calçado adequado para a prevenção de lesões, os resultados permitem verificar que os conhecimentos dos utentes melhoraram significativamente, uma vez que os 26 utentes (100%) foram capazes de identificar três características fundamentais do calçado adequado, ultrapassando o objetivo delineado (80%). (Apêndice XVIII)

É de salientar ainda que todos os utentes (100%) do grupo reconheceram a atividade física dos membros inferiores uma medida de prevenção de lesões nos pés, manifestando por escrito vontade de manter a prática destes exercícios, pelo que se ultrapassou o objetivo delineado (50%). No entanto, apenas 17 (65%) utentes foram capazes de salientar em que medida o exercício favorece a prevenção de lesões nos pés, utilizando como expressões “melhora a circulação” (4 utentes), “favorece o equilíbrio” (2 utentes), “favorece a estabilidade” (2 utentes), “melhora o movimento articular” (2 utentes), “verificar se os membros funcionam ou não” (2 utentes), “melhora a sensibilidade” (4 utentes), “previne outras doenças” (5 utentes).

Após a sessão realizada com os profissionais sobre “Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético”, nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2013, realizaram-se 82 avaliações do risco de desenvolvimento de úlcera do pé dos utentes portadores de Diabetes, que corresponde a 10% do total de pessoas acompanhadas na USFTS, pelo que o indicador estabelecido foi atingido.

### **3. Conclusões**

Neste último capítulo, apresentam-se as principais conclusões do projeto de intervenção comunitária, tendo-se optado por refletir sobre as competências adquiridas como EEEECSP na realização do projeto, e tecem-se algumas considerações finais, expondo as limitações do projeto e sugestões para trabalhos futuros.

#### **3.1. Reflexão sobre as competências adquiridas**

Atualmente as alterações no perfil demográfico e o surgimento de doenças crônicas, desafiam a capacidade de intervenção dos profissionais de saúde, pois a comunidade consciente da sua responsabilidade em saúde, reivindica respostas adequadas, com qualidade e de proximidade.

De acordo com a OE (2011a, p. 4), a comunidade é o alvo de intervenção da Especialidade de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, que dirige a sua intervenção “aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, (...) com vista a promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença”.

Nesta perspetiva, o EEEECSP constitui um pilar fundamental no sistema de saúde, na garantia da qualidade e continuidade dos cuidados prestados, dada a sua formação profissional, especializada e contínua, que lhe confere competência para “participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades”. (OE, 2011 c, p. 1)

De acordo com o Benner (2005), o enfermeiro especialista adquire um conhecimento que o torna capaz de entender, interpretar e responder muito eficazmente às necessidades da pessoa, além da flexibilidade e inteligência necessárias para ver através da singularidade de cada pessoa e situação específica. Neste sentido, faz uma importante referência às competências relacionais, referente à função de ajuda, bem como às competências da área da formação, relacionadas com a função de educação e orientação.

Deste modo, como um dos domínios dos cuidados de enfermagem, a função de ajuda é definida pela autora como a capacidade do enfermeiro criar um ambiente adequado ao estabelecimento de uma relação que permita a cura. A função de educação e orientação, prende-se com a capacidade do enfermeiro saber qual o momento em que o doente está pronto a aprender, ajudando-o a interiorizar as implicações da doença e saber compreender como este a interpreta. (Benner, 2005)

Nesta perspetiva, tendo em consideração as Competências Específicas do EEECS, definida no Regulamento n.º128/2011 do Diário da República n.º 35, série II de 18/02/2011, o percurso percorrido no estágio de intervenção comunitária constituiu uma oportunidade fundamental no desenvolvimento destas competências, essencialmente pela consecução do projeto de intervenção.

Assim, as principais competências desenvolvidas advêm fundamentalmente da avaliação do estado de saúde de um grupo da comunidade, através da concretização das várias etapas do processo de Planeamento em Saúde, articulando esta metodologia com o referencial teórico de enfermagem, nomeadamente com a Teoria do Déficit do Autocuidado, de Dorothea Orem, o que através da intervenção implementada contribuiu para a sua capacitação do grupo para o autocuidado, passo indispensável rumo à obtenção de ganhos em saúde na população portadora de Diabetes.

Por outro lado, a intervenção comunitária desenvolvida veio ao encontro da excelência do exercício profissional do EEECS, pois tendo por base os padrões de qualidade definidos pela OE (2011a), a intervenção desenvolvida visou a promoção do autocuidado de um grupo da comunidade, potencializando os recursos da mesma, maximizando o seu bem-estar no sentido de prevenir complicações decorrentes do seu processo de doença.

Igualmente importante foi a possibilidade de liderar todo o projeto de intervenção comunitária, contribuindo para a obtenção dos objetivos definidos no PNPCD e no PNS 2012-2016, através da promoção e EpS da pessoa portadora de Diabetes e dos profissionais de saúde. Assim, para além da intervenção comunitária ter como alvo um grupo da comunidade, dirigiu-se também no sentido de otimizar a operacionalização do PNPCD na USFTS, através da formação dos seus

profissionais no âmbito do rastreio de uma das complicações da Diabetes, estratégia que tem demonstrado benefícios para a saúde a longo prazo.

### **3.2. Considerações finais**

A promoção do autocuidado é uma premissa fundamental na terapêutica da Diabetes, assumindo a EpS da pessoa portadora de Diabetes, um pilar essencial na prevenção das complicações do “pé diabético”. A educação da pessoa portadora de Diabetes favorece o desenvolvimento de competências de gestão da sua doença, através da aquisição de conhecimentos acerca dos cuidados essenciais com os pés, indispensáveis na prática de comportamento de autocuidado terapêutico.

Tais pressupostos fundamentaram o foco do projeto de intervenção comunitária, sendo que através do diagnóstico de situação do grupo de utentes portadores de Diabetes, seguidos na USFTS, foi possível verificar uma discrepância entre o conhecimento acerca dos cuidados essenciais com os pés e a operacionalização desses mesmos cuidados. Emergiu assim, a necessidade de que se procurarem estratégias que motivem as pessoas portadoras de Diabetes a adotarem comportamentos adequados de autocuidado com os pés, intervindo ao nível do défice de autocuidado.

Neste sentido, a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, concebida por Dorothea Orem, assumiu particular relevância na orientação da intervenção, pois aponta o sistema de apoio-educação como estratégia de intervenção, no qual o enfermeiro promove a pessoa como agente de autocuidado, de modo a que esta responda de forma consciente e autónoma às potenciais alterações de saúde, dando continuidade ao seu projeto de vida.

A educação em grupo das pessoas portadoras de Diabetes demonstrou ser uma estratégia de intervenção fundamental na promoção do autocuidado com os pés na pessoa portadora de Diabetes, pois para além de possibilitar uma participação ativa da pessoa no processo de aprendizagem, permite a construção de vínculos sociais e a partilha de conhecimentos e experiências, fundamental na aquisição de comportamentos preventivos.

A avaliação inerente ao processo de Planeamento em Saúde permitiu reconhecer após a intervenção, alterações ao nível das cognições específicas, na medida em que o grupo manifestou possuir conhecimentos corretos acerca dos cuidados essenciais com os pés, deixando antever futuros ganhos em saúde nesta população.

Neste sentido, com o desenvolvimento da intervenção comunitária, pretendeu-se que a discrepância entre o conhecimento e a operacionalização do autocuidado com os pés venha a ser cada vez mais ténue, de modo a que se obtenha efetivos ganhos em saúde, traduzidos na diminuição da incapacidade, no aumento da funcionalidade física, na diminuição do sofrimento evitável associado a uma amputação, e consequentemente em melhoria da qualidade de vida.

Uma vez envolvida a equipa de profissionais da USFTS, o projeto terá continuidade, sendo de realçar as expectativas criadas face ao mesmo, pois a avaliação dos pés da pessoa portadora de Diabetes não era ainda realizada pela equipa de enfermagem, o que salienta a importância da sua continuação, de modo a prevenir complicações tardias relacionadas com o pé diabético.

Para além de pretender garantir a exequibilidade e a continuidade das estratégias selecionadas, as parcerias estabelecidas durante a intervenção comunitária vieram permitir a aquisição de competências específicas do EEECS, nomeadamente de desenvolvimento de uma prática de complementaridade com outros profissionais, tal como é preconizado pelo Colégio da Especialidade. (OE, 2011c)

Pelo exposto ao longo do presente relatório considera-se que os objetivos propostos com a sua elaboração foram claramente alcançados, no entanto, é de realçar que o limitado período de estágio condicionou a avaliação de indicadores de resultado, no que diz respeito à mudança de comportamento fundamental para a prevenção de lesões nos pés, o que impossibilitou a demonstração real dos ganhos em saúde na população visada.

Deste modo, fica um estímulo para a continuação do trabalho desenvolvido, especialmente no envolvimento da família da pessoa portadora de Diabetes no processo de educação, pois “é importante envolver membros da família do paciente nos programas educativos para a prevenção



das complicações nos pés”. Considero que será igualmente importante no futuro investir no âmbito da motivação, do suporte social e das barreiras à realização dos cuidados com os pés, por parte das pessoas portadoras de Diabetes.

## Bibliografia

- Alto Comissariado da Saúde (2012a) – *Estratégias para a Saúde. Objetivos para o Sistema de Saúde – Obter ganhos em saúde*. Lisboa: Gabinete Técnico do PNS 2011-2016. Acedido em 23 de Março de 2012. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/OSS1.pdf>.
- Alto Comissariado da Saúde (2012b) - *Estratégias para a Saúde. Objetivos para o Sistema de Saúde – Promover um contexto favorável ao longo da vida*. Lisboa: Gabinete Técnico do PNS 2011-2016. Acedido em 23 de Março de 2012. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Contextos-saud%C3%A1veis-ao-longo-da-vida.pdf>.
- Athayde, A. P. e Ferreira, A. C. V. (2004). Nível de Conhecimentos Preventivos de Úlcera do Pé Diabético e Auto-Cuidado. *Revista Referência*. Nº 11 (Março), 43-48. Acedido em 03 de Maio de 2012. Disponível em: <http://www.esenfc.pt/>
- Bastos, F. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2*. Porto. Dissertação de Mestrado de Saúde Pública - Área de Especialização: Epidemiologia. Apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. (2ª ed). Coimbra: Quarteto Editora
- Braz, M. A. (2007). *Pé Diabético. Fatores Comportamentais na sua prevenção*. Porto. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Apresentada na Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Caldeira, J. (2002). Educação do diabético. In R. Duarte, *Diabetologia Clínica* (3ªed). (p.409-420). Lisboa: Lidel.
- Canadian Nurses Association (2005). *Chronic Disease and Nursing: A Summary of the issues*. Ottawa: CAN. Acedido em: 02 de Julho de 2012. Disponível em: [http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/BG3\\_Chronic\\_Disease\\_and\\_Nursing\\_e.pdf](http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/BG3_Chronic_Disease_and_Nursing_e.pdf).
- Carmo, H. e Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carpenter, D. R. e Streubert, H. J. (2002). *Investigação qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

- Cisneros, L. L. & Gonçalves, L. A. O. (2009). Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. *Ciência Saúde Coletiva*, vol. 16, 1505-1514. Acedido em 21 de Março de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a86v16s1.pdf>.
- Comiotto, G. & Martins, J. (2006). Promovendo o autocuidado ao individuo portador de Diabetes. Da hospitalização ao domicílio. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, vol. 35 (3), 59-64). Acedido em: 15 de Janeiro de 2013. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/383.pdf>.
- Dias, V., Silveira, D. & Witt, R. (2009). Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Atenção Primária à Saúde*, vol. 12 (2), 221-227.
- Direção Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2000). *Educação terapêutica na Diabetes Mellitus*. Circular Normativa nº 14/DGCG de 12/12/2000. Acedido em: 12 de Novembro de 2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013201.pdf>.
- Direção Geral de Saúde (2011a). *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. Norma nº 002/2011 de 14/01/2011. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em: 20 de Maio de 2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt>
- Direção Geral de Saúde (2011b). *Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético*. Norma nº 003/2011 de 21/01/2011. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em: 20 de Maio de 2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt>
- Direção Geral de Saúde (2011c). *Diagnóstico sistemático do Pé Diabético*. Norma nº 005/2011 de 21/01/2011. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em: 20 de Maio de 2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt>
- Direção Geral de Saúde (2011d). *Prescrição e determinação da Hemoglobina glicada A1c*. Norma nº 033/2011 de 30/09/2011. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em: 20 de Maio de 2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt>
- Durán, H. (1989). *Planeamento da saúde. Aspectos conceptuais e operativos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

- Engelke, Z. (2011). *Patient and Family education: Teaching the Patient with Diabetes Mellitus, Type 2*. California: Cinahl Information Systems.
- Entidade Reguladora de Saúde (2011). *Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus*. Lisboa: ERS. Acedido em: 20 de Janeiro de 2013. Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/139/DM\\_Relatorio\\_Final.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/139/DM_Relatorio_Final.pdf).
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2012). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, bibliografias e citações: Norma APA*. Lisboa: ESEL.
- Ferrito, C.; Gabriel, C. e Santos, N. (2009). A educação terapêutica na prevenção do pé diabético. *Percursos*. (13), 11-21. Acedido em 10 de Março de 2012. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos\\_%20n13.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_%20n13.pdf).
- Francioni, F. & Silva, D. (2007). O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. *Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 16 (1), 105-111.
- Ghiglione, R. e Matalon, B. (1993). *O Inquérito – Teoria e Prática*. Oeiras: Celta.
- Henriques, M. A. P. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem*. Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Apresentada na Universidade de Lisboa.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ªed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Acedido em 25/06/2012. Disponível em: <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Resultados Provisórios dos Censos 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Acedido em 22/03/2012. Disponível em: <http://www.ine.pt>.
- International Diabetes Federation (2011). *IDF Diabetes Atlas, 5th edn*. Brussels: International Diabetes Federation. Acedido em 20 de Abril de 2012. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas>.
- International Diabetes Federation (2012). *IDF Diabetes Atlas Update 2012*. Acedido em 05 de Janeiro de 2013. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/Update2012>.

- International Working Group on the Diabetic Foot (2011). Directivas práticas sobre o tratamento e a prevenção do pé diabético. Brussels: International Working Group on the Diabetic Foot/IDF.
- Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde (2004a). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: mais saúde para todos*. (Volume I – Prioridades). Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 20 de Abril de 2012. Disponível em: [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol1.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf).
- Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: mais saúde para todos*. (Volume II – Orientações Estratégicas). Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 20 de Abril de 2012. Disponível em: [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol2.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf).
- Cosson, I. C. O., Ney-Oliveira, F. & Adan (2005). Avaliação do conhecimento de medidas preventivas do pé diabético em pacientes do Rio Branco, Acre. *Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabolismo*, vol. 49 (4), 548-556. Acedido em 22 de Março de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v49n4/a13v49n4.pdf>.
- Nunes, L.; Amaral, M. e Gonçalves, R. (2005) – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Onega, L.L., & Devers, E. (2011). Educação para a saúde e Processo de Grupo. In M. , Stanhope, & J. Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de saúde na Comunidade Centrados na População*. (7ª ed). (p. 302-330). Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 01 de Julho de 2012. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT\\_DIE\\_2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 20 de Abril de 2012. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *CIPE® Versão 2*. Sta Mª da Feira: Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2011c). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 20 de Abril de 2012. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf).
- Orem, D. E. (2001). *Nursing. Concepts of Practice*. (6ª ed.). Estados Unidos da América: Mosby.
- Organização Mundial de Saúde (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata: OMS. Acedido em 20 de Novembro de 2012. Disponível em: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).
- Organização Mundial de Saúde (1978). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa: OMS. Acedido em 20 de Novembro de 2012. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf).
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2011). *Health at a Glance 2011: OCDE Indicators*. OCDE Publishing. Acedido em 02 de Julho de 2012. Disponível em: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011\\_health\\_glance-2011-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en).
- Parisi, C.; Wittmann, D. e Fernandes, T. (2008). Úlceras em pé Diabético. *Prática Hospitalar*. Ano x (56), Mar/Abr., 92-95. Acedido em 20 de Abril de 2012. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2056/pdf/mat%2016.pdf>.
- Pearson, A. e Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício da Enfermagem*. Londres: Heinemann Nursing.
- Pereira, E. (2004) – *A Cinderela da Diabetes. Pé Diabético, Perspectiva de Saúde Pública*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, F., Torres, H., Cândido, N. & Alexandre, L. (2009). Promovendo o autocuidado em Diabetes na educação individual e em grupo. *Ciência, Cuidado e Saúde*, vol. 8 (4), 594-599. Acedido em: 20 de Dezembro de 2012. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9686/5391>.
- Redman, B. (2003). *A prática da Educação para a Saúde*. (9ª ed). Loures: Lusociência.
- Rocha, R. M. (2005). *Pé Diabético: Fatores comportamentais para a sua prevenção*. São Paulo. Tese de Doutoramento em Enfermagem Fundamental. Universidade de São Paulo - Escola

- de Enfermagem de Ribeirão Preto. Acedido em 24 de Junho de 2012. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde.../ROCHA\\_RM.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde.../ROCHA_RM.pdf)
- Scapim, E.P. (2004). *Perfil dos pacientes com diabetes que possuem úlcera no pé atendidos em unidade ambulatorial da cidade de Marília*. São Paulo. Tese de Doutorado em Enfermagem Fundamental. Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Acedido em: 24 de Junho de 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-10052006-122156/pt-br.php>
- Shuster, G. & Goepfinger, J. (2011). A comunidade como cliente: Apreciação e análise. In M. , Stanhope, & J. Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de saúde na Comunidade Centrados na População*. (7ª ed). (p. 356-389). Loures: Lusodidacta.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2012). *Diabetes: Factos e Números 2011- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: SPD. Acedido em 22 de Março de 2013. Disponível em: [http://www.portugal.gov.pt/media/463407/diabetes\\_2011.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/463407/diabetes_2011.pdf).
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. (2ªed.) Lisboa: Ministério da Saúde.
- Torres, H., Souza, E., Lima, M. & Bodstein, R. (2011). Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com Diabetes Mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, vol. 24 (4), 514-519. Acedido em 20 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a11v24n4.pdf>.
- Vigo, K. O. et al (2006). Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. *Acta Paulista Enfermagem*, vol. 19 (3), 296-303. Acedido em de 17 de Março de 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000300007>.
- World Health Organization (1998). *Therapeutic Patient Education. Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases*. Copenhaga: World Health Organization. Acedido em 20 de Janeiro de 2013. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/145294/E63674.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf)
- World Health Organization (2008). *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non communicable Diseases: prevent and control cardiovascular*

*diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes*. Acedido em: 20/06/2012.  
Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf).

World Health Organization (2012). *Diabetes Program*. Acedido em 04 de Julho de 2012.  
Disponível em: [http://www.who.int/diabetes/action\\_online/basics/en/index3.html](http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/en/index3.html).

World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies. (2010).  
*Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges*. Acedido em:  
25/03/2012. Disponível em:  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96632/E93736.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf).



## **Apêndices**

## **Apêndice I – Autorização para divulgação do nome da instituição e colheita de dados**

Ex.ª Sr.ª Diretora Executiva do Agrupamento VI – Loures/Odivelas

Dr.ª Ileine Lopes

Deonilde Cláudia Peixoto de Sousa Pina, enfermeira na USF Travessa da Saúde, a frequentar o III Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), pretende autorização para que o nome do ACES e da USF possa ser divulgado no relatório de estágio do Projeto de Intervenção Comunitária intitulado “Promoção do Autocuidado num grupo de utentes com diabetes – Prevenir as lesões dos pés”, desenvolvido no ACES VI – Loures/Odivelas e na USF acima referida, com orientação de estágio pela Sr.ª Enfermeira Cristina Brás e orientação pela docente da ESEL Sr.ª Professora Cláudia Bacatum.

Autorizado  
23/1/13  
[assinatura]

Sacavém, 22 de Janeiro de 2013

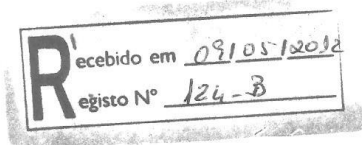
Atenciosamente,

Pede deferimento.

Deonilde Cláudia Peixoto de Sousa Pina

Dada a pertinência do  
Ensino Clínico não tenho  
nada a opor. 23/01/2013  
[assinatura]

Cristina Brás  
VOGAL CONSELHO CLÍNICO  
AGRUPAMENTO VI - LOURES



Exma Sr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Raposo

Coordenadora da USF Travessa da Saúde

Deonilde Cláudia Peixoto de Sousa Pina, a exercer funções no ACES VI – Loures, na USF Travessa da Saúde e estudante do III Mestrado de Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem Lisboa, vem solicitar a V. Ex. autorização para a implementação de um projeto de intervenção comunitária, no âmbito da promoção do autocuidado no utente com Diabetes.

Para a realização do projeto, prevê-se a utilização da metodologia de Planeamento em Saúde, sendo que o diagnóstico de situação tem como objetivo identificar os conhecimentos e as actividades de autocuidado dos utentes com diabetes, relativamente aos cuidados com os pés, e proceder à avaliação do grau de risco de ulceração do pé dos mesmos.

Assim, pretende-se que a colheita de dados seja efectuada através da aplicação de um questionário (Anexo 1), cujo preenchimento tem a duração de sensivelmente 20 minutos, e da realização do exame clínico de rastreio do pé (Anexo 2), segundo as directivas práticas sobre o tratamento e a prevenção do pé diabético, elaboradas pelo International Working Group on the Diabetic Foot.

Com este propósito, assume-se que será garantido o anonimato e a confidencialidade da informação, bem como o respeito pelos utentes, pedindo o seu consentimento por escrito (Anexo 3) para a utilização da informação, e posterior divulgação dos resultados da pesquisa.

Pede deferimento

Camarate, 8 de Maio de 2012.

Assinatura

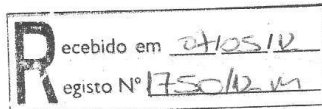
Deonilde Cláudia Pina

(Deonilde Cláudia Pina)

*Tomei conhecimento e autorizo*

  
Ana Raposo  
COORDENADORA MÉDICA  
10/05/2012

autorizado  
10/5/12  
JLS



Exma Srª. Directora do ACES VI -Loures

Dr.ª Ileine Lopes

Deonilde Cláudia Peixoto de Sousa Pina, a exercer funções no ACES VI – Loures, na USF Travessa da Saúde e estudante do III Mestrado de Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem Lisboa, vem solicitar a V. Ex. autorização para a implementação de um projeto de intervenção comunitária, no âmbito da promoção do autocuidado no utente com Diabetes.

Para a realização do projeto, prevê-se a utilização da metodologia de Planeamento em Saúde, sendo que o diagnóstico de situação tem como objetivo identificar os conhecimentos e as actividades de autocuidado dos utentes com diabetes, relativamente aos cuidados com os pés, e proceder à avaliação do grau de risco de ulceração do pé dos mesmos.

Assim, pretende-se que a colheita de dados seja efectuada através da aplicação de um questionário (Anexo 1), cujo preenchimento tem a duração de sensivelmente 20 minutos, e da realização do exame clínico de rastreio do pé (Anexo 2), segundo as directivas práticas sobre o tratamento e a prevenção do pé diabético, elaboradas pelo International Working Group on the Diabetic Foot.

Com este propósito, assume-se que será garantido o anonimato e a confidencialidade da informação, bem como o respeito pelos utentes, pedindo o seu consentimento por escrito (Anexo 3) para a utilização da informação, e posterior divulgação dos resultados da pesquisa.

Pede diferimento

Camarate, 8 de Maio de 2012.

Assinatura

Deonilde Cláudia Pina

(Deonilde Cláudia Pina)

É de autorizar

10/5/2012

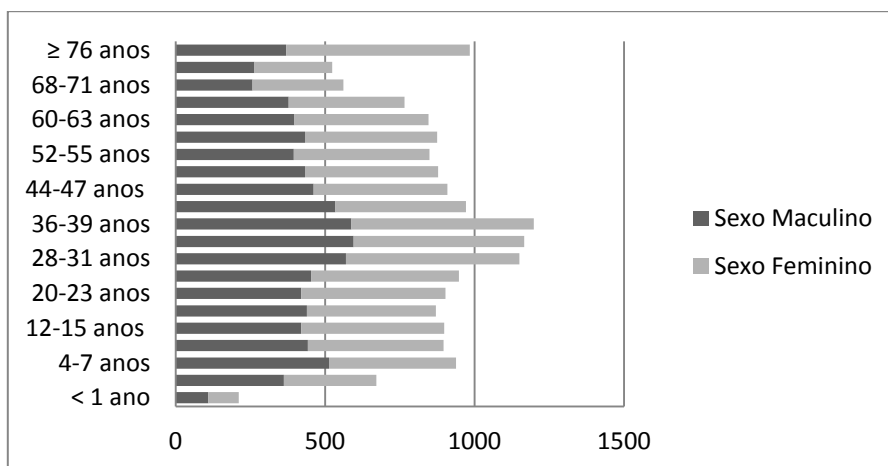
CBrás

Cristina Brás  
VOGAL CONSELHO CLÍNICO  
AGRUPAMENTO VI - LOURES

Srta. Cristina Brás  
Planeadora  
10/5/12  
JLS  
ILEINE LOPES  
Executiva

**Apêndice II – Gráfico da distribuição dos utentes inscritos na USFTS por idade e sexo**

**Gráfico 1** - Utentes inscritos na USFTS por género e grupo etário



Fonte: SINUS, Março de 2012

### **Apêndice III - Consentimento Informado**



**Consentimento Informado**  
**Projeto de Intervenção Comunitária – Promoção do Autocuidado no utente com Diabetes**

Deonilde Cláudia Peixoto de Sousa Pina, enfermeira e estudante do III Mestrado de Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem solicitar a sua participação num projeto de intervenção comunitária, que tem como finalidade Promover o Autocuidado do utente com Diabetes, relativamente aos cuidados a ter com os pés.

A sua colaboração neste projeto não lhe trará riscos ou desconfortos, uma vez que consiste no preenchimento de um questionário, com o objetivo de identificar os conhecimentos que possui e os cuidados que realiza aos pés, seguindo-se uma observação e exame clínico de rastreio do pé.

Esta colheita de dados permitirá fazer um levantamento das necessidades, de forma a planear a intervenção, esperando que traga benefícios futuros para toda a população com diabetes, que necessita de cuidados por parte da equipa do Centro de Saúde. Se estiver de acordo em participar no estudo, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas nesta pesquisa, salvaguardando que sem qualquer prejuízo, poderá anular a sua participação em qualquer momento do projeto.

\_\_\_\_\_  
(Deonilde Cláudia Pina)

**Consentimento Pós-informação**

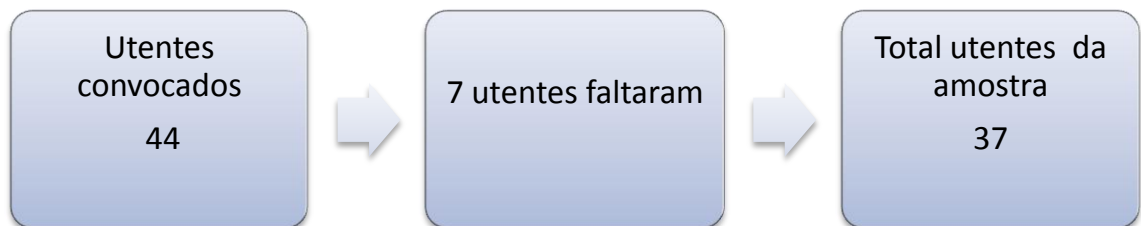
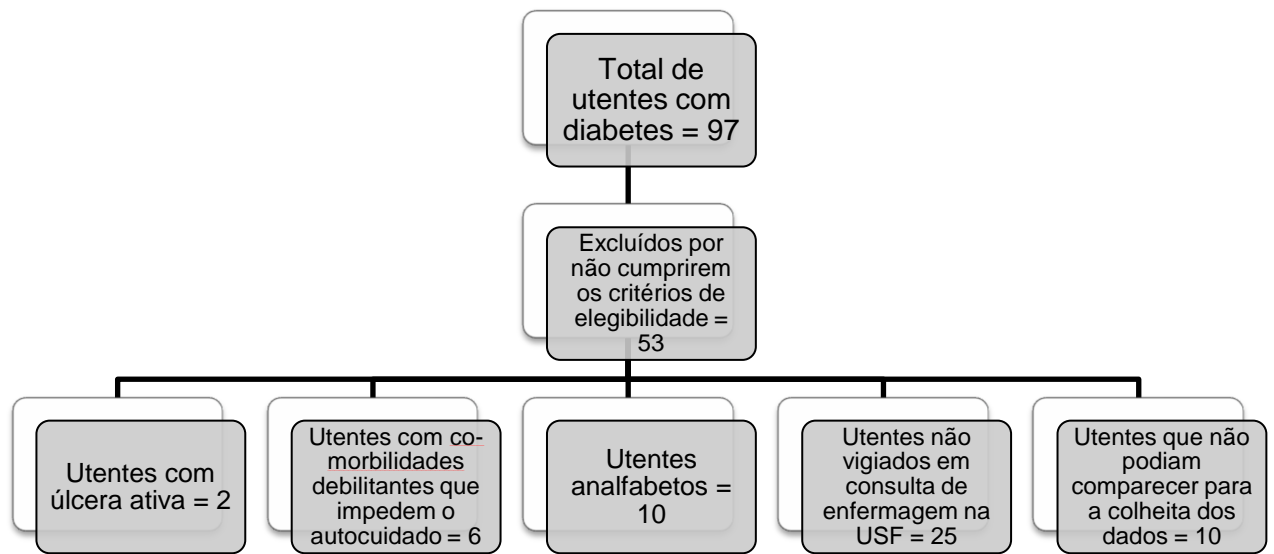
Eu, (nome completo do participante)\_\_\_\_\_,  
fui esclarecido(a) sobre a pesquisa acima e concordo em colaborar e que os meus dados sejam utilizados estritamente na realização deste estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

Assinatura:\_\_\_\_\_

Nota: Este documento terá 2 cópias, uma ficará na posse da investigadora e outra com o participante.

## **Apêndice IV – Fluxograma do processo de seleção dos participantes**



## **Apêndice V – Pedido de autorização para utilização do questionário**



Deonilde Cláudia Sousa <deoclaudia@gmail.com>

---

## Pedido de autorização

---

**brazantonieta@sapo.pt** <brazantonieta@sapo.pt>  
Para Deonilde Cláudia Sousa <deoclaudia@gmail.com>

30 de Abril de 2012 12:34

Bom dia,

Desde já, as minhas desculpas pela demora da resposta ao seu pedido.  
Conforme combinado telefonicamente, confirma-se a autorização em usar o instrumento de colheita de dados, presente na minha tese de Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Satisfeita em poder ser-lhe útil.  
Sempre ao dispor.

Antonieta Braz

Citando Deonilde Cláudia Sousa <deoclaudia@gmail.com>:

----- Mensagem encaminhada -----

De: Deonilde Cláudia Sousa <deoclaudia@gmail.com>  
Data: 23 de Abril de 2012 19:30  
Assunto: Pedido de autorização  
Para: brazantonieta@sapo.pt

Boa tarde, Sr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Maria Antonieta Braz!

Eu sou uma estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem: área de especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e estou a elaborar um projeto de intervenção comunitária, que vise a promoção do autocuidado do pé diabético. Assim, no seguimento da nossa conversa telefónica, venho deste modo formalizar o pedido de autorização para a utilização do instrumento de colheita de dados, que tomei conhecimento através da sua tese de Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem, acessível na internet, para a realização do diagnóstico de situação.

Obrigada pela sua disponibilidade. Aguardo pela sua resposta.  
Com os melhores cumprimentos!

Deonilde Pina  
Contacto telefónico - 968955215

## **Apêndice VI – Tabelas dos resultados relevantes do Diagnóstico de situação**

**Tabela 1 – Distribuição dos utentes por idade**

<b>Variável</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>
<b>Idade</b>		
20-30 Anos	1	3
31-40 Anos	1	3
41-50 Anos	6	16
51-60 Anos	12	33
61-70 Anos	15	40
71-80 Anos	2	5
Total	37	100

**Tabela 2 – Distribuição dos utentes segundo atividade profissional**

<b>Classificação Portuguesa das Profissões (2010)</b>							
	Reformado	Profissões das Forças Armadas	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	Técnicos e profissões de nível intermédio	Pessoal administrativo	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores
<b>Frequência Absoluta</b>	6	0	0	0	0	2	9
<b>Frequência Relativa</b>	16	0	0	0	0	5	24

Classificação Portuguesa das Profissões (2010)						
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	Trabalhadores não qualificados	Desempregados
<b>Frequência Absoluta</b>	0	4	0	5	9	2
<b>Frequência Relativa</b>	0	11	0	14	24	5

**Tabela 3 – Distribuição dos utentes em relação ao tempo de diagnóstico de Diabetes**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Tempo de diagnóstico de Diabetes</b>		
0 - 5 anos	21	56
6 – 10 anos	7	19
11 – 15 anos	5	14
16-20 anos	1	3
> 20 anos	3	8
Total	37	100



**Tabela 4 – Distribuição dos utentes em relação ao valor de hemoglobina glicosilada (HbA1c)**

<b>Variável</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>
<b>Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)</b>		
5,5%-6,5%	13	35
6,6% - 7,5%	13	35
7,6% - 8,5%	5	14
8,6% - 9,5%	3	8
9,6 – 10,5%	0	0
10,6% - 11,5%	1	3
11,6% - 12,5%	0	0
12,6%- 13,5%	2	5
Total	37	100

**Tabela 5 – Distribuição dos utentes por grau de risco de ulceração do pé (de acordo com a Norma nº 005/2011 da DSG)**

<b>Variável</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>
<b>Grau de Risco</b>		
Baixo risco	34	92
Médio risco	1	3
Alto risco	2	5
Total	37	100

**Tabela 6 – Distribuição dos utentes em relação à frequência de higiene dos pés**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Lava os pés todos os dias?</b>		
Sim	33	89
Não	0	0
Às vezes. Qual frequência?	4	11
Só quando toma banho. Qual a frequência?	0	0
Total	37	100

**Tabela 7 – Distribuição dos utentes em relação ao produto de higiene utilizado na lavagem dos pés**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>O que usa para lavar os pés?</b>		
Sabão	13	35
Sabonete Comum	12	32
Sabonete neutro	10	27
Água	2	5
Outro?	0	0
Total	37	100

**Tabela 8 – Distribuição dos utentes em relação aos cuidados de secagem dos pés**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Seca os pés entre os dedos, sempre que lava os pés?</b>		
Sim	32	86
Não	4	11
Às vezes	1	3
Total	37	100

**Tabela 9 – Distribuição dos utentes em relação ao comportamento de remoção de calos**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Para remover calos usa?</b>		
Lixa de papel e creme hidratante	5	14
Lixa de metal e creme hidratante	4	11
Pedra-ume ou pedra-pomes e creme hidratante	4	11
Pedra normal e creme hidratante	0	0
Substância química (calicida)	6	16
Outro?	0	0
Total	19	52
Não responderam	18	48

**Tabela 10 – Distribuição dos utentes em relação ao comportamento de aplicação de creme hidratante nos pés**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Aplica creme hidratante?</b>		
Entre os dedos e na sola do pé em cima, na sola e no calcanhar	10	27
Em cima e na sola do pé	4	11
Em cima, na sola e no calcanhar	8	22
Em cima, na sola, entre os dedos e no calcanhar	6	16
Total	28	76
Não responderam	11	24

**Tabela 11 – Distribuição dos utentes em relação à frequência de aplicação de creme hidratante nos pés**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Aplica creme hidratante nos pés, todos os dias?</b>		
Sim	5	14
Não	12	32
Às vezes	20	54
Total	37	100

**Tabela 12 – Distribuição dos utentes em relação ao comportamento de corte de unhas**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Corta as unhas?</b>		
Rente ao dedo quadrada (reta)	9	24
Rente ao dedo redonda (cortando os cantos)	15	41
Não rente ao dedo redonda (cortando os cantos)	6	16
Não rente ao dedo quadrada (reta)	3	8
Total	33	89
Se você não corta, quem faz?	4	11

**Tabela 13 - Distribuição dos utentes em relação ao uso de calçado aberto**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Usa calçado aberto?</b>		
Só em casa	13	35
Em casa e para sair	19	52
Só para sair	2	5
Não usa	3	8
Total	37	100

**Tabela 14 – Distribuição dos utentes em relação à estrutura do calçado utilizado**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>O calçado que usa quanto à estrutura é?</b>		
Folgado	18	49
Apertado	1	3
Justo	3	8
Macio e confortável	15	40
Total	37	100

**Tabela 15 – Distribuição dos utentes em relação ao aspeto interno do calçado utilizado**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>O calçado que usa quanto ao aspeto interno é?</b>		
Sem costura	12	32
Com costura	5	14
Deixa marca nos pés	3	8
Com e sem costura	17	46
Total	37	100

**Tabela 16 – Distribuição dos utentes em relação ao uso de palmilhas no calçado**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Usa palmilhas no calçado?</b>		
Fechado	11	30
Aberto	0	0
Tanto faz	7	19
Nenhum	19	51
Total	37	100

**Tabela 17 – Distribuição dos utentes em relação ao comportamento de andar descalço**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Anda descalço?</b>		
Só em casa	15	41
Em casa e na rua	1	3
Na rua	2	5
Nunca ainda descalço	19	51
Total	37	100

**Tabela 18 – Distribuição dos utentes em relação às características das meias usada**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Usa meias de que cor?</b>		
Claras e com costura	5	14
Claras e sem costura	3	8
Escuras e com costura	6	16
Escuras e sem costura	6	16
Escuras e claras sem costura	8	22
Escuras e claras com costura	9	24
Outro?	0	0
Total	37	100

**Tabela 19 – Distribuição dos utentes em relação ao tipo de meia usada**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Que tipo de meia usa?</b>		
De algodão	22	59
De fio sintético	13	35
De lã	1	3
Outro	1	3
Total	37	100

**Tabela 20 – Distribuição dos utentes em relação ao comportamento de inspeção do calçado**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Verifica o calçado por dentro, antes de usá-lo?</b>		
Sim	24	65
Não	6	16
Às vezes	7	19
Total	37	100

**Tabela 21 – Distribuição dos utentes em relação à frequência de inspeção dos pés**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Examina os pés?</b>		
Diariamente	26	70
Semanalmente	8	22
Mensalmente	3	8
Trimestralmente	0	0
Anualmente	0	0
Total	37	100

**Tabela 22 – Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre a frequência de lavagem dos pés adequada**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Os pés devem ser lavados (com água e sabão) todos os dias?</b>		
Sim	36	97
Não	1	3
Às vezes. Qual frequência?	0	0
Só quando toma banho. Qual a frequência?	0	0
Total	37	100

**Tabela 23 – Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre o produto de higiene indicado para a lavagem dos pés**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Deve-se lavar os pés com:</b>		
Sabão	21	57
Sabonete Comum	7	19
Sabonete neutro	7	19
Água	2	5
Outro?	0	0
Total	37	100

**Tabela 24 – Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre os cuidados de secagem dos pés**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Deve-se enxugar entre os dedos, sempre que os pés ficam molhados?</b>		
Sim	35	94
Não	1	3
Às vezes	1	3
Total	37	100

**Tabela 25 – Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre a remoção de calos**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Para remover calos deve-se usar</b>		
Lixa de papel e creme hidratante	8	22
Lixa de metal e creme hidratante	3	8
Pedra-ume ou pedra-pomes e creme hidratante	5	14
Pedra normal e creme hidratante	3	8
Substância química (calicida)	7	19
Outro?	1	3
Total	27	73
Não responderam	10	27

**Tabela 26 – Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre a aplicação creme hidratante nos pés**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Deve-se aplicar creme hidratante</b>		
Entre os dedos e na sola do pé em cima, na sola e no calcanhar	6	16
Em cima e na sola do pé	2	5
Em cima, na sola e no calcanhar	8	22
Em cima, na sola, entre os dedos e no calcanhar	16	43
Total	32	86
Não responderam	5	14



**Tabela 27 – Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre o corte das unhas**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>As unhas devem ser cortadas?</b>		
Rente ao dedo quadrada (reta)	5	14
Rente ao dedo redonda (cortando os cantos)	13	34
Não rente ao dedo redonda (cortando os cantos)	7	19
Não rente ao dedo quadrada (reta)	7	19
Total	32	86
Se você não corta, quem faz?	5	14

**Tabela 28 – Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre o uso de calçado aberto**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Deve-se usar calçado aberto?</b>		
Só em casa	13	35
Em casa e para sair	18	49
Só para sair	1	3
Não usa	5	14
Total	37	100

**Tabela 29 – Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre a estrutura do calçado adequado**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>O calçado que deve-se usar quanto à estrutura é</b>		
Folgado	21	57
Apertado	0	0
Justo	2	5
Macio e confortável	14	38
Total	37	100

**Tabela 30 – Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre o aspeto interno do calçado adequado**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>O calçado que se deve usar quanto ao aspeto interno é</b>		
Sem costura	29	78
Com costura	3	8
Deixa marca nos pés	0	0
Com e sem costura	5	14
Total	37	100

**Tabela 31 – Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre o tipo de meia adequada**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Deve-se usar preferencialmente que tipo de meia usa?</b>		
De algodão	35	95
De fio sintético	0	0
De lã	2	5
Outro	0	0
Total	37	100

**Tabela 32 – Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre andar descalço**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Deve-se andar descalço?</b>		
Só em casa	14	38
Em casa e na rua	0	0
Na rua	1	3
Nunca anda descalço	22	59
Total	37	100

**Tabela 33 – Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre o uso de palmilhas no calçado**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Devem-se usar palmilhas no calçado?</b>		
Fechado	14	38
Aberto	0	0
Tanto faz	7	19
Nenhum	16	43
Total	37	100

**Tabela 34 – Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre a inspeção do calçado**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Deve-se verificar o calçado por dentro, antes de usá-lo?</b>		
Sim	35	95
Não	0	0
Às vezes	2	5
Total	37	100

**Tabela 35 – Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre a inspeção dos pés**

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<b>Os pés devem ser examinados</b>		
Diariamente	35	95
Semanalmente	2	5
Mensalmente	0	0
Trimestralmente	0	0
Anualmente	0	0
Total	37	100

**Tabela 36 - Distribuição dos utentes em relação ao comportamento de autocuidado com os pés**

<b>Cuidados Essenciais com os Pés</b>	<b>Comportamento adequado</b>		<b>Comportamento não adequado</b>	
	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>
Lavagem pés diariamente	33	89	4	11
Secar regiões interdigitais	32	86	5	14
Remoção de calosidades*	5	14	10	38
Hidratação da pele	5	14	32	86
Corte de unhas**	3	8	30	81
Calçado Aberto	3	8	34	92
Estrutura do calçado	15	40	22	60
Aspeto interno do calçado	12	32	25	68
Andar descalço	19	51	18	49
Cor e costuras das meias	3	8	34	92
Tipo de meias	22	59	15	41
Verificação de calçado	24	65	13	35
Observação dos pés	26	70	8	22

\*Não responderam – 18 sujeitos (48%)

\*\*Não são os próprios que cortam e também não sabem como o cuidador o faz – 4 sujeitos (11%)

**Tabela 37 - Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre os cuidados essenciais com os pés**

<b>Cuidados Essenciais com os Pés</b>	<b>Conhecimento correto</b>		<b>Conhecimento incorreto</b>	
	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>
Lavagem pés diariamente	36	97	1	3
Secar regiões interdigitais	35	94	2	6
Remoção de calosidades*	8	22	21	51
Hidratação da pele**	10	27	22	59
Corte de unhas***	7	19	25	67
Calçado Aberto	5	14	32	86
Estrutura do calçado	14	38	23	62
Aspeto interno do calçado	29	78	8	22
Andar descalço	22	59	15	41
Tipo de meias	35	95	2	5
Verificação de calçado	35	95	2	5
Observação dos pés	35	95	2	5

\*Não responderam – 10 (27%) sujeitos referindo não possuírem conhecimento

\*\*Não responderam – 5 (14%) sujeitos referindo não possuírem conhecimento

\*\*\*Não responderam- 5 (14%) sujeitos referindo não possuírem conhecimento

## **Apêndice VII - Plano Operacional detalhado**

Atividade	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivo que pretende atingir	Avaliação
Elaboração e divulgação do folheto com resultados do diagnóstico de situação, aos utentes do grupo e aos profissionais da USF;	<b>Humanos:</b> Enfermeira Deonilde <b>Materiais:</b> Computador; Papel Impressora	19 /10/ 2012	USFTS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega do folheto com síntese dos resultados aos utentes do grupo e aos profissionais da USFTS;</li> <li>• Afixação de cartaz com síntese dos resultados pelas salas de espera da USFTS;</li> <li>• Afixação do folheto com síntese dos resultados pelos gabinetes de trabalho de enfermagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar e motivar o grupo para a prevenção de lesões nos pés;</li> <li>• Consciencializar o grupo em relação aos comportamentos inadequados;</li> <li>• Sensibilizar a equipa de profissionais da USF para importância da prevenção de complicações da Diabetes</li> </ul>	Nº de folhetos/cartazes divulgados;

<p>Sessões de EpS, para os utentes do grupo:</p> <p>“Diabetes e Cuidados a ter com os pés”</p>	<p><b>Humanos:</b> Grupo de utentes com diabetes; Enfermeira Deonilde</p> <p><b>Materiais:</b> Computador; Projektor; Lima de cartão, etc....</p>	<p>28/11/12 – 16h00 29/11/12 – 9h30 4/12/12 – 18h00</p>	<p>Sala de formação do ACES</p>	<p>45 minutos para:</p> <p>exposição; interrogação; demonstração; esclarecimento de dúvidas;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer a compreensão do grupo quanto a relação entre Diabetes e risco de ulceração do pé;</li> <li>• Informar o grupo acerca dos fatores que favorecem o aparecimento de lesões;</li> <li>• Sensibilizar o grupo para a prevenção de lesões nos pés;</li> <li>• Informar o grupo sobre os cuidados essenciais com os pés;</li> <li>• Melhorar o conhecimento que o grupo possuiu acerca dos cuidados de hidratação da pele, remoção de calosidades e corte das unhas e uso de calçado adequado;</li> <li>• Informar o grupo acerca dos aspetos a ter em conta na escolha de calçado, como medida preventiva de lesões nos pés;</li> <li>• Capacitar o grupo para a observação regular dos pés, e alertar para a deteção precoce de complicações.</li> </ul>	<p>Indicadores de atividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de atividades desenvolvidas;</li> <li>• Taxa de participação dos utentes nas atividades;</li> <li>• N° de utentes do grupo que avaliam as atividades de forma satisfatória</li> </ul> <p>Indicadores de resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N° de utentes do grupo que indiquem corretamente como proceder à hidratação da pele, à remoção de calosidades e ao corte das unhas;</li> <li>• N° de utentes do grupo que identifiquem três características da estrutura do calçado adequado;</li> </ul>
--	---	---	---------------------------------	--	---	---



Sessões de educação para a saúde, para os utentes do grupo, abordando as seguintes temáticas:  “Vamos lá mexer! - Prática de atividade física dos membros inferiores”	<b>Humanos:</b> Isabel Santos - Fisioterapeuta do ACES – UCC; Enfermeira Deonilde	11/12 – 18h00	Sala de formação do ACES	15 minutos de exposição e esclarecimento e 15 minutos de prática dos exercícios	Promover a prática de atividade física diária como medida de autocuidado preventivo do aparecimento de lesões nos pés;	Indicadores de atividade:
	<b>Materiais:</b> Computador; Projetor; Colchões Mesa Cadeiras Almofadas Modelo de madeira cilíndrico de superfície lisa	12/12 – 16h00				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de atividades desenvolvidas;</li> <li>• Taxa de participação dos utentes nas atividades;</li> <li>• Nº de utentes do grupo que avaliam as atividades de forma satisfatória</li> </ul>
		13/12 – 9h30				Indicadores de resultado:
						Nº de utentes do grupo que reconheçam a atividade física dos membros inferiores como uma medida de autocuidado de prevenção de complicações nos pés

Sessão informativa aos profissionais da USF:  “Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético”	<b>Humanos:</b> Profissionais da USF; Enfermeira Deonilde <b>Materiais:</b> Computador; Projector; Mesa e cadeiras; Monofilamento; Diapasão de 128Hz	7/12/2012 às 13h30	Sala de reuniões da USF	40 minutos para exposição e 15 minutos de discussão	Colaborar com a equipa de profissionais da USF na implementação da avaliação sistemática do pé e respetivo registo, na consulta de diabetes.	<p>Indicadores de atividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de atividades desenvolvidas;</li> <li>• Taxa de participação dos profissionais na atividade;</li> <li>• Nº de utentes de profissionais que avaliam a atividade de forma satisfatória</li> </ul> <p>Indicadores de resultado:</p> <p>Número de utentes com Diabetes seguidos na USFTS, com registo de avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de pé diabético.</p>
---	--	--------------------	-------------------------	---	--	--

Elaboração e divulgação de um documento informativo (“Guia para pés saudáveis”) com orientações gerais sobre o autocuidado com os pés, para o grupo de utentes	<b>Humanos:</b> Enfermeira Deonilde <b>Materiais:</b> Computador; Papel; Impressora			Entrega aos utentes no final das sessões de educação para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar o grupo sobre os cuidados essenciais com os pés;</li> <li>• Informar e alertar o grupo para sinais de alarme, capacitando para a deteção precoce de complicações</li> <li>• Informar o grupo sobre os benefícios e precauções a ter na prática de atividade física dos membros inferiores.</li> <li>• Suportar a informação divulgada na sessão.</li> </ul>	Indicador de atividade:  Nº de guias fornecidos
Elaboração de guia de boa prática de avaliação do pé na consulta	<b>Humanos:</b> Enfermeira Deonilde <b>Materiais:</b> Computador; Papel; Impressora			Entrega aos profissionais no final da sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaborar com a equipa de profissionais da USF na implementação da avaliação sistemática do pé, na consulta de diabetes.</li> <li>• Suportar a informação divulgada na sessão.</li> </ul>	

## **Apêndice VIII – Cronograma de Gantt**

Atividades	Outubro	Novembro	Dezembro
Elaboração e divulgação do folheto/cartazes com resultados do diagnóstico de situação			
Elaboração do “Guia para pés saudáveis”			
Elaboração de guia de boa prática de avaliação do pé na consulta			
Sessões EpS: “Diabetes e Cuidados a ter com os pés”			
Sessões de EpS: “Vamos lá mexer! - Prática de atividade física dos membros inferiores”			
Sessão informativa aos profissionais da USF: “Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético”			

## **Apêndice IX – Cartaz e folheto com os resultados do Diagnóstico de situação**



## Promoção do Autocuidado num grupo de utentes com diabetes Prevenir as lesões dos pés Diagnóstico de Situação

Deonilde Cláudia Pina  
Estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem: área de Especialização Enfermagem Comunitária  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Fonte: www.flapsland.blogspot.com

### Complicações da diabetes - "Pé diabético"

Atualmente verifica-se que 25% de todas as pessoas com diabetes tem condições favoráveis ao aparecimento de lesões nos pés, sendo o "pé diabético" uma das complicações mais graves da diabetes, responsável por cerca de 70% de todas as amputações efetuadas por causas não traumáticas.

Estima-se que em Portugal ocorram cerca de 1600 amputações não traumáticas dos membros inferiores/ano.

(SPD, 2011; DGS, 2011; IDF, 2011)

### A intervenção de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública na autogestão da diabetes

Para além da vigilância epidemiológica da diabetes, cabe ao enfermeiro ser o impulsionador e/ou cooperar com outros profissionais, bem como com a comunidade no sentido de reduzir a doença e promover estilos de vida saudáveis, reconhecendo oportunidades para educação das pessoas, famílias e comunidades e identificar grupos de risco acrescido de desenvolvimento de complicações, pois "as ações tomadas numa fase precoce do curso da diabetes são mais benéficas em termos da qualidade de vida e são mais custo-efetivas". (OE, 2010, p. 34)

Assim, durante os meses de Maio e Junho de 2012, efetuou-se o levantamento dos conhecimentos e comportamentos de um grupo de utentes com diabetes, seguidos na USF Travessa da Saúde, acerca dos cuidados essenciais com os pés, bem como a observação e avaliação do pé, quanto ao risco de desenvolvimento de úlcera.

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos por grau de risco de ulceração do pé (de acordo com a Norma nº 005/2011 da DSG)

Grau de Risco	%
Baixo risco	92
Médio risco	3
Alto risco	5
Total	100

#### Bibliografia

ATHAYDE, André Ganhó P. e FERREIRA, Andreia Catarina V. (2004) – Nível de Conhecimentos Preventivos de Úlcera do Pé Diabético e Auto-Cuidado. Revista Referência. Coimbra. Nº 11 (Março), p. 43-48. Acedido em 03 de Maio de 2012. Disponível em: [http://www.esenfc.pt/DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE](http://www.esenfc.pt/DIREÇÃO%20GERAL%20DE%20SAÚDE) (2011) – Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético – Norma nº 005/2011. Lisboa: DGS; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (2011) – IDF Diabetes Atlas, 5ª edn.: International Diabetes Federation. Acedido em 20 de Abril de 2012. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas>; Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2011) – Diabetes: Factos e Números 2011. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: SPD; ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. OE ISBN: 978-989-96021-9-9. Acedido em: 01 de Julho de 2012. Disponível em: [http://www.ordem.enfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT\\_DIE\\_2010.pdf](http://www.ordem.enfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf)

### Síntese dos principais resultados

Tabela 2 – Distribuição dos utentes em relação ao comportamento de autocuidado com os pés

Cuidados Essenciais com os Pés	Comportamento adequado %	Comportamento não adequado %
Lavagem pés diariamente	89	11
Secar regiões interdigitais	86	14
Remoção de calosidades*	14	38
Hidratação da pele	14	86
Corte de unhas**	8	81
Calçado aberto	8	92
Estrutura do calçado	40	60
Aspetto interno do calçado	32	68
Andar descalço	51	49
Cor e costuras das meias	8	92
Tipo de meias	59	41
Verificação de calçado	65	35
Observação dos pés	70	22

\* Não responderam – 48%

\*\* Não são os próprios que as cortam e também não sabem como o cuidador o faz – 11%

Tabela 3 – Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre os cuidados essenciais com os pés

Cuidados Essenciais com os Pés	Conhecimento correto %	Conhecimento incorreto %
Lavagem pés diariamente	97	3
Secar regiões interdigitais	94	6
Remoção de calosidades*	22	51
Hidratação da pele**	27	59
Corte de unhas***	19	67
Calçado aberto	14	86
Estrutura do calçado	38	62
Aspetto interno do calçado	78	22
Andar descalço	59	41
Tipo de meias	95	5
Verificação de calçado	95	5
Observação dos pés	95	5

\* Não responderam – 27% referindo não possuírem conhecimento

\*\* Não responderam – 14% referindo não possuírem conhecimento

\*\*\* Não responderam – 14% referindo não possuírem conhecimento

## Conclusão

*"Apesar de conhecimentos e práticas se correlacionarem positivamente, há uma diferença estatisticamente significativa entre aquilo que as pessoas sabem ser a forma correta de agir para prevenir complicações do pé diabético e aquilo que realmente fazem"*

(Athayde e Ferreira, 2004, p. 47)

## Bibliografia

ATHAYDE, André Ganho P. e FERREIRA, Andreia Catarina V. (2004) – Nível de Conhecimentos Preventivos de Úlcera do Pé Diabético e Auto-Cuidado. **Revista Referência**. Coimbra. Nº 11 (Março), p. 43-48. Acedido em 03 de Maio de 2012. Disponível em: <http://www.esenfc.pt/>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2011) – **Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético – Norma nº 003/2011**. Lisboa: DGS.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (2011) - **IDF Diabetes Atlas, 5ª edn**. Brussels: International Diabetes Federation. Acedido em 20 de Abril de 2012. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA (2011) – **Diabetes: Factos e Números 2011- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes**. Lisboa: SPD.

**Elaborado por:**

Deonilde Cláudia Pina

Estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
área de Especialização Enfermagem Comunitária, na  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Outubro 2012



## Projeto de Intervenção Comunitária



Fonte: [www.flupeiland.blogspot.com](http://www.flupeiland.blogspot.com)

**Promoção do  
Autocuidado num  
grupo de utentes  
com Diabetes -  
Prevenir as lesões  
dos pés**





## Complicações da diabetes

### "Pé diabético"

Atualmente verifica-se que 25% de todas as pessoas com diabetes tem condições favoráveis ao aparecimento de lesões nos pés, sendo o "pé diabético" uma das complicações mais graves da diabetes.

Estima-se que em Portugal ocorram cerca de 1600 amputações dos membros inferiores/ano.

(SPD, 2011; DGS, 2011; IDF, 2011)



Assim, durante os meses de Maio e Junho de 2012, efetuou-se o levantamento dos conhecimentos e comportamentos de um grupo de 37 utentes com diabetes, seguidos na USF Travessa da Saúde, acerca dos cuidados essenciais com os pés, bem como a observação e avaliação do pé, quanto ao risco de desenvolvimento de úlcera.

## Principais resultados

**Tabela 1** - Distribuição dos utentes em relação ao comportamento de autocuidado com os pés

Cuidados Essenciais com os Pés	Comportamento adequado %	Comportamento não adequado %
Lavagem pés diariamente	89	11
Secar regiões interdigitais	86	14
Remoção de calosidades*	14	38
Hidratação da pele	14	86
Corte de unhas**	8	81
Calçado aberto	8	92
Estrutura do calçado	40	60
Aspetto interno do calçado	32	68
Andar descalço	51	49
Cor e costuras das meias	8	92
Tipo de meias	59	41
Verificação de calçado	65	35
Observação dos pés	70	22

\* Não responderam - 48%

\*\*Não são os próprios que as cortam e também não sabem como o cuidador o faz - 11%

**Tabela 2** - Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre os cuidados essenciais aos pés

Cuidados Essenciais com os Pés	Conhecimento correto %	Conhecimento incorreto %
Lavagem pés diariamente	97	3
Secar regiões interdigitais	94	6
Remoção de calosidades*	22	51
Hidratação da pele**	27	59
Corte de unhas***	19	67
Calçado aberto	14	86
Estrutura do calçado	38	62
Aspetto interno do calçado	78	22
Andar descalço	59	41
Tipo de meias	95	5
Verificação de calçado	95	5
Observação dos pés	95	5

\*Não responderam - 27% referindo não possuírem conhecimento

\*\*Não responderam - 14% referindo não possuírem conhecimento

\*\*\*Não responderam - 14% referindo não possuírem conhecimento

**Apêndice X – Plano da sessão de Educação para a Saúde - “Diabetes e cuidados a ter com os pés”**

### Plano de sessão: “Diabetes e Cuidados a ter com os pés”

**Objetivo Geral:** Promover o autocuidado com os pés num grupo de utentes portadores de Diabetes seguidos na USFTS, no período de Outubro de 2012 a Fevereiro de 2013

**Objetivos operacionais:**

- Que pelo menos 50% dos utentes do grupo sejam capazes de indicar corretamente como proceder à hidratação da pele, à remoção de calosidades e ao corte das unhas;
- Que pelo menos 80% dos utentes do grupo sejam capazes de identificar três características da estrutura do calçado adequado;
- Que pelo menos 60% dos utentes do grupo executem cuidados de higiene e observação diária dos pés.

**População alvo:** Grupo de utentes com Diabetes seguidos na USFTS;

**Data:** 28/11/12 às 16h00; 29/11/12 às 9h30 e 4/12/12 às 18h00; **Duração da sessão:** 45 minutos;

**Local:** Sala de formação do ACES; **Profissionais:** Enf<sup>a</sup> Deonilde Pina

Etapa	Conteúdo	Duração	Métodos
<b>Introdução</b>	Apresentação: a) Formador b) Tema c) Objetivos	2 min	Expositivo    Slide 1 e 2
<b>Desenvolvimento</b>	a) Conceito de diabetes; b) Complicações da diabetes; c) Fatores de risco para o aparecimento de lesões nos pés; d) Cuidados a ter com os pés – Prevenção	30 min	Expositivo Brainstorming Demonstrativo Interrogativo  Slide 3 a 30
<b>Conclusão</b>	Resumo – Importância do autocuidado Esclarecimento de dúvidas	8 min	Expositivo Reflexivo  Slide 31
<b>Avaliação</b>		5 min	Aplicação de folha de avaliação do grau de satisfação da sessão Aplicação do questionário de diagnóstico educacional, durante o mês de Janeiro

**Apêndice XI – Plano da sessão de Educação para a Saúde – “Vamos lá mexer!”  
– prática de atividades física dos membros inferiores”**

### **Plano de sessão: “Vamos lá mexer! - prática de atividade física dos membros inferiores”**

**Objetivo Geral:** Promover o autocuidado com os pés num grupo de utentes portadores de Diabetes seguidos na USFTS, no período de Outubro de 2012 a Fevereiro de 2013

#### **Objetivos operacionais:**

- Que pelo menos 50% dos utentes do grupo reconheça a importância da atividade física dos membros inferiores, na prevenção de complicações nos pés;
- Que pelo menos 60% dos utentes do grupo executem cuidados de higiene e observação diária dos pés.

**População alvo:** Grupo de utentes com Diabetes seguidos na USFTS

**Data:** 11/12/12 às 18h00; 12/12/12 às 16h00 e 13/12/12 às 9h30.

**Local:** Sala de formação do ACES; **Duração da sessão:** 45 minutos

**Profissionais:** Enf<sup>a</sup> Deonilde Pina e Isabel Santos - Fisioterapeuta da UCC do ACES.

<b>Etapa</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação: a) Formador b) Tema	2 min	Expositivo
<b>Desenvolvimento</b>	Realização de exercícios dos membros inferiores	30 min	Expositivo Demonstrativo Ativo
<b>Conclusão</b>		3 min	
<b>Avaliação</b>		5 min	Aplicação de folha de avaliação do grau de satisfação da sessão Pergunta aberta que avalie a intenção de manter a realização dos exercícios

## **Apêndice XII – Sessões de Educação para a Saúde para os utentes de grupo**

3º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

LSF  
Travessa da Saúde

ESEL  
Enfermagem  
2000

**Promoção do Autocuidado num grupo de  
utentes com Diabetes  
Prevenir as lesões dos pés**

**Diabetes e Cuidados com os  
Pés**

Novembro de 2012  
Deonilde Pina



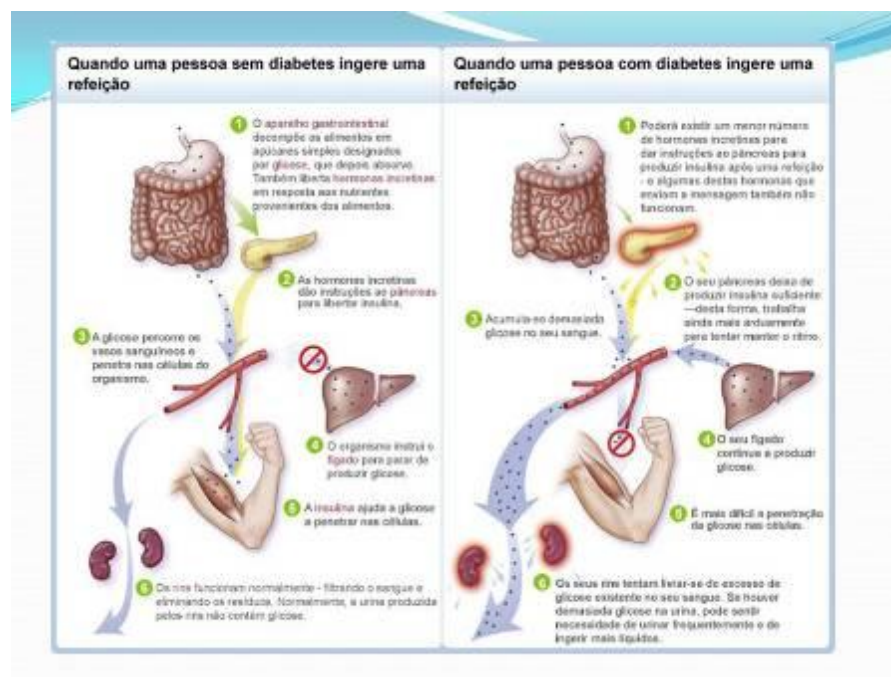
## Objetivos

- Favorecer a compreensão do grupo quanto a relação entre diabetes e risco de ulceração do pé;
- Sensibilizar e capacitar o grupo para a prevenção de lesões nos pés;
- Consciencializar o grupo relativamente aos comportamentos inadequados;
- Informar o grupo sobre os cuidados essenciais com os pés;
- Alertar o grupo para sinais de alarme, capacitando para a deteção precoce de complicações.

# O que é a diabetes?



Doença crónica que surge se o seu organismo não produz insulina em quantidade suficiente ou a própria insulina produzida não tem o efeito esperado





A diabetes constitui um grave problema de saúde pública a nível mundial, que se encontra em rápida expansão, sobretudo nos países desenvolvidos, sendo a 4ª causa de morte no mundo.

Estima-se que existam mais de 366 milhões de pessoas com diabetes no mundo e que em 2030 atinja 552 milhões de pessoas.

(International Diabetes Federation, 2011)

Em Portugal, 12,4% da população tem diabetes.

(SPD, 2011)

## Diabetes - Impacto na Saúde



A diabetes afeta todo o organismo. Quando a glicemia (açúcar no sangue) se mantém elevada durante muito tempo, pode aumentar o risco de complicações

## Complicações da diabetes

Lesões oculares - Retinopatia  
Doenças do foro dentário  
Doença cardíaca e cerebral (enfarte e AVC)  
Lesões renais - Nefropatia  
Disfunção sexual  
Lesões nervosas - Neuropatia  
Problemas nos pés



## Complicações da diabetes "Pé diabético"

As pessoas com diabetes que apresentam níveis de açúcar no sangue (glicemia) acima do normal, podem desenvolver com mais facilidade infecções na pele, micoses, fissuras ou gretas e outras lesões nos pés.



**Pé Diabético**

## Complicações da diabetes "Pé diabético"



- ✓ Complicações do pé - 70% de todas as amputações efetuadas
- ✓ Risco de amputações é 25 vezes superior na população com diabetes
- ✓ No mundo, mais de um milhão pessoas perdem a perna devido à diabetes
- ✓ Portugal - 1600 amputações dos membros inferiores/ano

(SPD, 2011; DGS, 2011; IDF, 2011)

## Principais fatores de risco

- **Má circulação sanguínea** - Doença Vascular. Um menor fornecimento de sangue à zona afetada, seguida de uma invasão bacteriana, pode provocar feridas graves no pé e até mesmo a amputação do mesmo;
- **Deformação do Pé** - A deformação do pé pode conduzir ao aparecimento de feridas em resultado da fricção com o calçado.
- **Lesão dos nervos** - Neuropatia Diabética
  - Não dolorosa
  - Dolorosa

## Poderá sentir...

- Sensação de quente e frio
- Queimadura
- Dor em punhalada
- Parestesia (formigueiro)



A maioria de  
nós é capaz de  
sentir dor  
quando  
ferimos o pé...



No entanto, no pé insensível,  
não há sensação de dor



## Fissuras



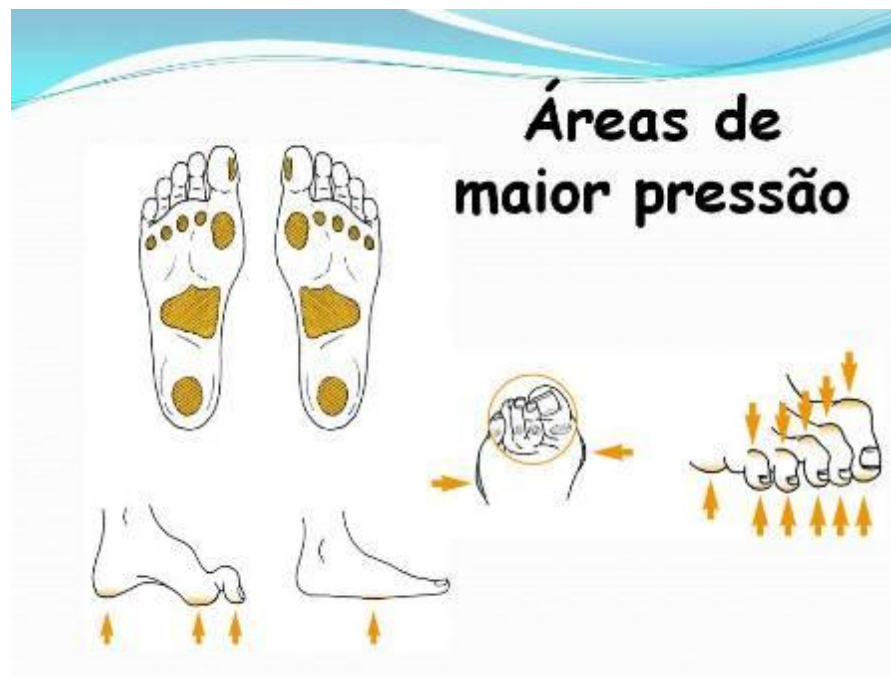


## Calosidades



## Deformidades





**85 % de todas  
as amputações  
podem ser  
prevenidas!**

**"Ninguém é tão grande  
que não possa  
aprender, nem tão  
pequeno que não possa  
ensinar"**

(Voltaire)

## **Cuidados a ter com os pés Prevenção**

1. Lavar os pés todos os dias com água morna (temperatura inferior a 37°) e sabão com pH neutro



2. Secar bem os pés com toalha macia (de cor clara e sem desenhos) principalmente entre os dedos e à volta das unhas



3. Colocar creme ou loção hidratante e massajar.



## Cuidados a ter com os pés Prevenção



Use lima de cartão

**4. Manter as unhas curtas, não muito rentes, em linha reta, usando de preferência uma lima de cartão.**

**5. Não cortar os calos ou calosidades!**  
Passar uma lixa de pés nas calosidades, com os pés secos



## Cuidados a ter com os pés Prevenção

**6. Observar os pés todos os dias**

**Porquê?**

*Para prevenir quaisquer problemas.*

**Quando?**

*Depois do banho ou duche diário e antes de calçar as meias e sapatos.*

**Onde?**

*Num local com boa luz*



Espelho

**Como?**

*Usando os seus óculos.*

*E se necessário, com a ajuda de um espelho ou de um familiar (para a observação da planta do pé)*

## Sinais de alarme (Pé Diabético)

- Alteração da cor da pele  
(pele branca que se torna vermelha ou castanha);
- Alteração da temperatura da pele;
- Feridas ou cortes que não cicatrizam;
- Unhas encravadas;
- Micoses;
- Dor enquanto anda ou em repouso, formigueiro ou inchaço nos pés ou nas pernas;
- Presença de bolhas ou calosidades



## Cuidados a ter com os pés Prevenção

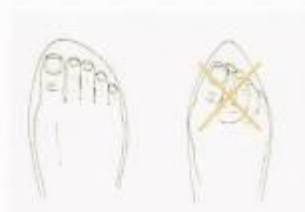


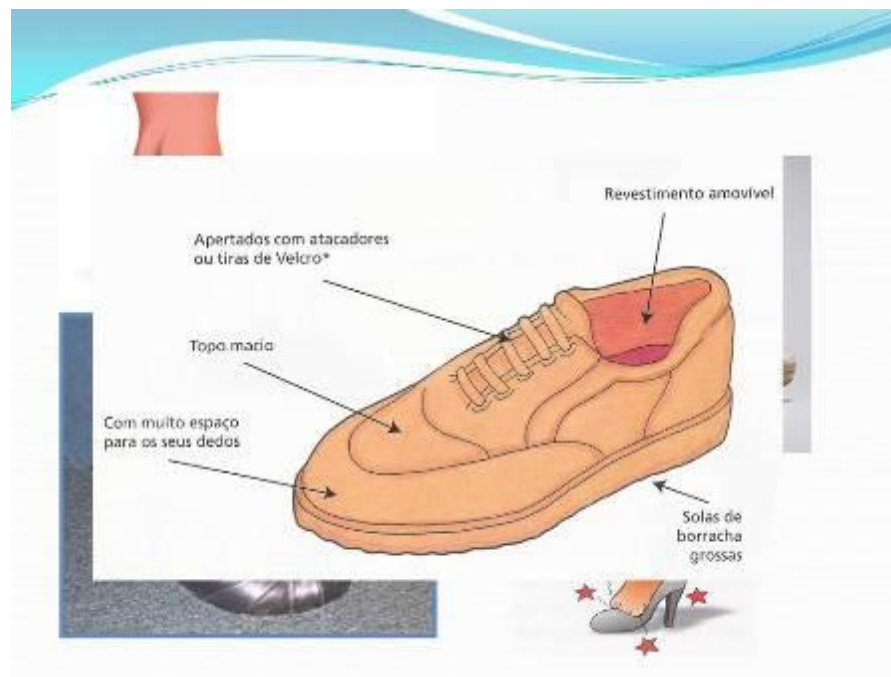
7. Nunca andar descalço  
Usar sempre sapatos e meias.



8. Usar meias folgadas, de algodão, cor clara, sem costuras e troque-as diariamente.

9. Usar sapatos confortáveis, de biqueira larga e alta, macios por dentro, sem costuras, que se apertem com atacadores ou tiras de Velcro.





## Cuidados a ter com os pés Prevenção





10. Antes de se calçar, observe os sapatos para ver se há algum corpo estranho e retire-o.



11. Assegurar-se que os seus pés são observados regularmente por um profissional de saúde



## Cuidados a ter com os pés Prevenção

**Perigo ... Cuidado!**



### Objetos quentes

- Sacos de água quente
- Almofadas de aquecimento
- Cobertores elétricos
- Lareiras, aquecedores/radiadores
- Areia quente



**AQUEÇA OS PÉS COM ROUPA / MEIAS**

## Cuidados a ter com os pés Prevenção

**Perigo ... Cuidado!**



### Objetos duros

Corta unhas e limas de unhas metálicas



Rochas  
Pedras, areias e  
Esquinas e pernas dos móveis

## Cuidados a ter com os pés Prevenção



**Perigo ... Cuidado!**

Ligas, ligaduras, meias ou sapatos apertados  
Removedores de calos e calicidas  
Banhos com água muito quente



## Cuidados a ter com os pés Prevenção

**Deverá ainda ...**

- Controlar a glicemia, tensão arterial e lípidos (controlar a alimentação)



- Quando sentado, mantenha os pés no chão. Evite cruzar as pernas e mexa os pés de meia em meia hora.





**A autovigilância diária dos seus  
pés, poderá evitar muitas  
complicações!**



**CUIDE DOS SEUS PÉS**



ACES VI LOURES

Promoção do Autocuidado num grupo de  
utentes com Diabetes

## Benefícios da prática de actividade física no pé diabético



Dezembro de 2012  
Isabel Santos, Fisioterapeuta

### Alterações físicas e funcionais no pé diabético:

- Alterações da pele e unhas
- Deformações ósseas
- Pontos de apoio dolorosos
- Alterações vasculares → alterações da temperatura
- Formigueiro, dormência
- Inchaço dos pés e pernas

## Alterações físicas e funcionais no pé diabético:

- Dor nas pernas e pés
- Atrofia muscular
- Rigidez articular
- Alterações da marcha
- Perda de equilíbrio
- Alterações da sensibilidade

## Alterações físicas e funcionais no pé diabético:

- Alterações da sensibilidade

### Sensibilidade superficial

- Tátil
- Térmica
- Dolorosa

### Sensibilidade profunda

- Vibratória
- Propriocepção



## Benefícios da actividade física

- Melhora o controlo do peso e dos níveis de açúcar no sangue, ou seja melhora a sensibilidade à insulina
- Melhora a circulação sanguínea nos pés e pernas,
- Evita a atrofia muscular e fragilidade óssea,

## Benefícios da actividade física

- Ajuda a manter as articulações saudáveis,
- Melhora a percepção do seu corpo e das suas sensações,
- Melhora a capacidade de perceber os seus próprios sintomas.

## Cuidados a ter

- Fale com o seu médico ou enfermeiro ( neuropatia ou alterações cardiocirculatorias),
- Evite caminhar quando tiver dor ou feridas nos pés,
- Use calçado adequado e confortável para caminhar,
- Quando necessário, recorra a palmilhas posturais adequadas ao seu pé. Estas reduzem a força de impacto do pé no solo por toda a região plantar,

## Cuidados a ter

- Se necessário, utilize auxiliar de marcha,
- Faça exercícios de alongamento antes de iniciar qualquer actividade física,
- Atenção à ingestão de líquidos,
- Cuidado com dias muito quentes ou muito frios.

## O que pode fazer

- Realize actividade física com regularidade, de baixo impacto e sem carga de peso,
- Dê preferência a exercícios aeróbicos (exercícios contínuos e prolongados, realizados com movimentos não muito rápidos acompanhados de respiração adequada), são eles:
  - Caminhar,
  - Correr,
  - Andar de bicicleta (pedaleira),
  - Natação,
  - Ginástica aeróbica
- Faça actividades em grupo,

## O que pode fazer

- Realize exercícios de alongamento e fortalecimento da musculatura das pernas,
- Realize diariamente movimentos simples do calcanhar e dedos dos pés
- Utilize bolas, tecidos ou rolos para melhorar a sensação de posicionamento das articulações no espaço e a sensibilidade do pé,

Após fazer a sua higiene diária dos pés



Após fazer a sua higiene diária dos pés



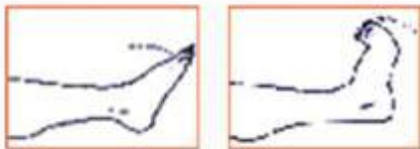
Após fazer a sua higiene diária dos pés



Após fazer a sua higiene diária dos pés



Ao acordar e ao deitar ou após a higiene diária



Ao acordar e ao deitar ou após a higiene diária



Ao acordar e ao deitar ou após a higiene diária



Ao acordar e ao deitar ou após a higiene diária







## **Apêndice XIII- “Guia para pés saudáveis”**

---

# Guia para pés saudáveis

Orientações gerais para  
pessoas com diabetes



As pessoas com diabetes têm um risco acrescido de desenvolverem problemas nos pés, pois os níveis de açúcar elevados no sangue (hiperglicemia) podem afetar:

### 1. Os nervos dos pés:



- levando a uma perda lenta da sensação de posição, de pressão, de dor e de temperatura;

- tornando a pele seca, mais grossa e sujeita ao aparecimento de fissuras;

### 2. Os vasos que levam o sangue para os pés:

- provocando dor nas pernas ou nos pés durante a marcha;
- pés frios, pálidos e com má circulação.

Assim, podem aparecer **feridas nos pés**, sem que a pessoa se aperceba. Estas para além de serem difíceis de tratar, podem levar a consequências graves.



Este guia resume-se ao **QUE FAZER, COMO FAZER e O QUE NÃO FAZER**, de forma **PREVENIR** lesões nos pés.

2

## Cuidados a ter com os pés

### 1. Lave os pés **todos os dias**

com água morna (temperatura da água inferior a 37°) e sabonete ou gel de banho, com pH neutro. Para evitar queimaduras deve testar a temperatura da água com o cotovelo.

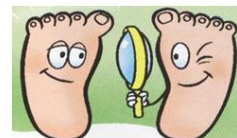


### 2. Seque bem os pés com **toalha macia**,



**clara e sem desenhos** para detetar eventuais feridas. Tenha atenção aos espaços entre os dedos e à volta das unhas, não os deixando húmidos.

3. Aplique creme hidratante **diariamente**, desde a raiz dos dedos até ao joelho (nunca entre os dedos, para evitar zonas húmidas).



### 4. **Observe** os pés todos os dias.

2

## Observar os pés

### Porquê?

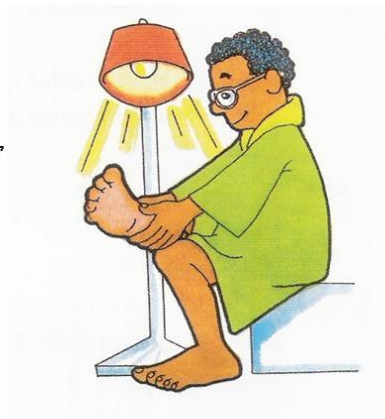
*Para prevenir quaisquer problemas*

### Quando?

*Depois do banho ou duche diário e antes de calçar as meias e sapatos*

### Onde?

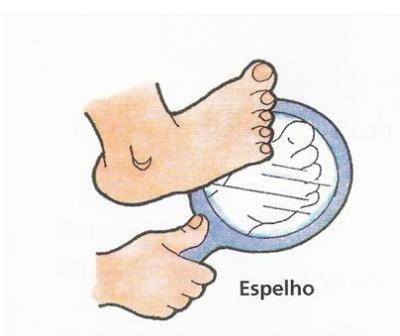
*Num local com boa luz*



### Como?

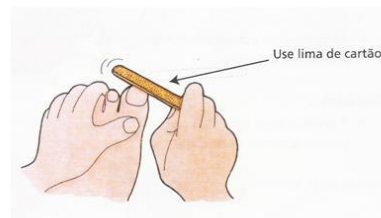
*Usando os seus óculos.*

*E se necessário, com a ajuda de um espelho ou de um familiar (para a observação da planta do pé)*



4

5. Mantenha as unhas **curtas**, mas **não** muito rentes, em **linha reta**, usando de preferência uma **lima de cartão**.



A melhor ocasião para fazê-lo é depois do banho ou duche, uma vez por semana.

6. Não corte ou utilize produtos químicos para remover as **calosidades**. Peça ajuda à equipa de enfermagem ou a profissionais habilitados para esse procedimento.



Use uma **lixa de pés** para remover as células mortas e evitar a formação de calos, preferencialmente com os pés secos.



7. Mantenha sempre os seus pés **protegidos**! Evite andar descalço e não utilizar calçado sem meias.



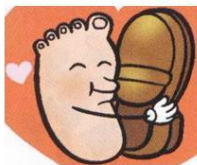
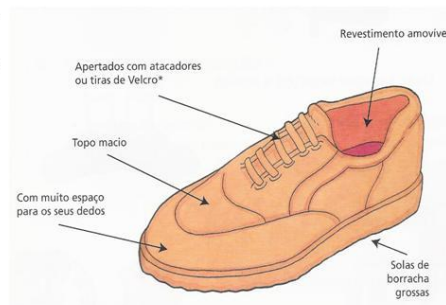
4



8. Use **meias folgadas, de algodão, de cor clara** (pois permite identificar mais rapidamente ferimentos), com as costuras para fora ou, de preferência, **sem qualquer costura e troque-as diariamente.**

9. Use sapatos **confortáveis, fechados, de biqueira larga e alta, macios por dentro, sem costuras** e que se apertem com atacadores ou tiras de Velcro.

A sola deve ser antiderrapante, dobrar desde a biqueira ao calcanhar e ter uma altura máxima de 2 ou 3 cm.



#### Sugestão

**Compre calçado sempre ao final do dia (o pé está mais inchado, evitando comprar sapatos apertados)**

10. Antes de se calçar, observe os sapatos para se certificar de que não tem nada dentro dos sapatos.



Certifique-se ainda de que as suas meias se ajustam suavemente aos seus pés sem pregas, dobras ou buracos.

11. Assegure-se que os seus pés são **observados regularmente por um profissional de saúde.**



### Sinais de alerta (Pé Diabético)

Informe o seu enfermeiro ou médico de família sempre que verificar:

Alteração da **cor da pele** (pele branca que se torna vermelha ou castanha);

Alteração da **temperatura da pele**;

**Feridas** ou **cortes** que não cicatrizam;

**Unhas encravadas**;

**Micoses**;

**Dor** enquanto anda ou em repouso, **formigueiro** ou **inchaço** nos pés ou nas pernas;

Presença de **bolhas** ou **calosidades**



## Perigo ... Cuidado!



### Objetos quentes

Sacos de água quente  
Almofadas de aquecimento  
Cobertores elétricos  
Lareiras, aquecedo-

res/radiadores

**Aqueça os pés com roupa / meias**



E também a areia quente ...

Pode queimar os pés!

### Objetos duros

Corta unhas e limas de unhas metálicas



Rochas

Pedras, areias e  
esquinas e pernas dos móveis

8

## Perigo ... Cuidado!



Ligas, ligaduras, meias ou sapatos  
apertados

Removedores de calos e calicidas

Banhos com água muito quente



### Deverá ainda ...

Controlar a glicemia, tensão arterial e lípidos (controlar a alimentação)

Quando sentado, mantenha os pés no chão. Evite cruzar as pernas e mexa os pés de meia em meia hora.



8



A prática de atividade física com regularidade favorece:

- ✓ Controlo do peso e dos níveis de açúcar no sangue e do peso;
- ✓ Promove o aumento da circulação sanguínea nos pés e pernas;
- ✓ Ajuda a manter as articulações saudáveis.



### Dicas para exercitar os pés e as pernas

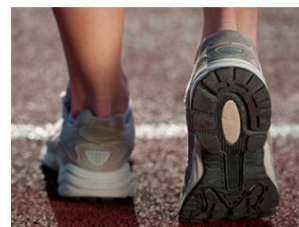


- ✓ Caminhe por períodos de 30 a 40 minutos, 3 vezes por semana, em superfícies planas, rampas ou escadas.

- ✓ Mas atenção! Não caminhe quando tiver dor ou feridas nos pés.

10

- ✓ Use calçado adequado e confortável para caminhar.



- ✓ Poderá ser necessário recorrer a palmilhas posturais, adequadas a cada tipo de pé. Estas reduzem as zonas de pressão e distribuem a força de impacto do pé no solo por toda a região plantar.
- ✓ Realize exercícios de alongamento e fortalecimento da musculatura das pernas e pés. Uma musculatura forte leva a uma marcha melhor, minimizando o risco de queda.



- ✓ Poderá utilizar bolas, tecidos ou rolos para melhorar a sensação do posicionamento das articulações no espaço e a sensibilidade do pé.

10

### **Alguns exercícios a realizar após a sua higiene diária dos pés:**

1. Passe o tecido por todo o pé, como se estivesse limpando toda sua superfície. Este trabalho deve ser iniciado com um tecido mais grosso, como uma toalha turca e, à medida que a sensibilidade for melhorando, vá progredindo para tecidos mais finos como malha de algodão, viscose, cetim e seda. Pode ser feito todos os dias, durante 3 minutos.

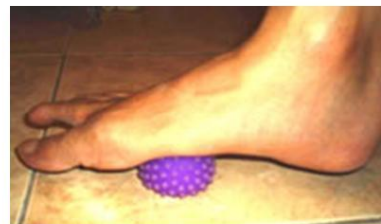


2. Coloque um pano estendido no chão e com a ponta dos dedos vá puxando este pano até que ele fique "encolhido". Pode ser feito nos dois pés, "encolhendo" o pano duas vezes de cada lado.



12

3. Com uma bola debaixo do pé, passe a bola por toda a planta do pé. Quando terminar de um lado, compare os dois pés, tente perceber o apoio dos dois pés no chão, comparando-os e faça do outro lado. Este trabalho pode ser feito todos os dias, durante 3 minutos.



4. Coloque um rolo de madeira (rolo da massa, frasco cilíndrico) debaixo dos pés e desloque-o, rodando-o para a frente e para trás, desde o calcanhar á ponta dos dedos. Repita o exercício diariamente durante 3 minutos.



12





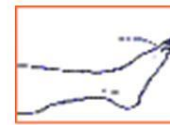
5. Em pé, apoiado nas costas de uma cadeira, levante os calcanhares do chão, repita o exercício e gradualmente vá tirando as mãos da cadeira até conseguir realizar o exercício sem apoio.

### Ao acordar e ao deitar ou após a higiene diária



1. Deite-se sem almofada na cabeça e com uma cadeira invertida ou várias almofadas debaixo das pernas. Permaneça nesta posição 3 minutos.

2. Com uma almofada na cabeça e outra debaixo dos joelhos permaneça nesta posição durante 3 minutos.



3. Na mesma posição, puxe os dois pés em simultâneo para a frente e para trás.

4. Na mesma posição rode os pés para dentro e para fora.



5. Na mesma posição, dobre e estique os dedos dos pés.

6. Repita os exercícios 3, 4 e 5 na posição de sentado com os pés pendentes.





**USF Travessa da Saúde**  
Urbanização Terraços da Ponte  
2685-101 SACA VÉM  
Telf: 219492400



**Elaborado por:**

Deonilde Cláudia Pina

Enfermeira e Estudante do 3º Curso de Mestrado em  
Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Comunitária,  
na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



**Colaboração:** Equipa da USF Travessa da Saúde  
Isabel Santos, Fisioterapeuta da UCC de  
Sacavém

Este guia foi elaborado segundo as diretivas práticas do Consenso  
Internacional sobre o Pé Diabético (2011) e a Orientação nº  
003/2011 da DGS.

## **Apêndice XIV – Plano da sessão informativa aos profissionais da USFTS**

### Plano de sessão: “Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético”

**Objetivo Geral:** Promover o autocuidado com os pés num grupo de utentes portadores de Diabetes seguidos na USFTS, no período de Outubro de 2012 a Fevereiro de 2013

**Objetivos operacionais:** Aumentar em 10%, os utentes com diabetes seguidos na USFTS, com registo de avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de pé diabético.

**População alvo:** Profissionais de saúde da USFTS

**Data:** 7 de Dezembro de 2012; **Duração da sessão:** 45 minutos

**Local:** Sala de reuniões da USFTS; **Profissionais:** Enfª Deonilde Pina

Etapa	Conteúdo	Duração	Métodos	
<b>Introdução</b>	Apresentação: a) Formador b) Tema c) Objetivos	2 min	Expositivo	Slide 1 e 2
<b>Desenvolvimento</b>	a) Organização dos cuidados e prevenção do pé diabético; b) Classificação de risco de úlcera de pé; c) Exame clínico do pé; d) Registo de avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de pé diabético	35 min	Expositivo Demonstrativo Interrogativo	Slide 3 a 48
<b>Conclusão</b>	Resumo – Importância da avaliação sistemática do pé na consulta de diabetes, como medida preventiva de lesões Esclarecimento de dúvidas	5 min		Slide 49
<b>Avaliação</b>		3 min	Aplicação de folha de avaliação do grau de satisfação da sessão	

## **Apêndice XV – Guia de boa prática de avaliação do pé**



# Guia de boa prática de avaliação do pé na consulta

Deonilde Pina  
Enfermeira e Estudante do 3º Curso de Mestrado em  
Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Comunitária,  
na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
Dezembro de 2012



## **Introdução**

Uma das principais doenças crónicas que afeta populações em todos os países do mundo, nos mais diversos estádios de desenvolvimento, é a diabetes que é definida como uma doença metabólica de etiologia múltipla decorrente da insuficiente produção ou ação da insulina, sendo caracterizada pela hiperglicemia crónica, que tem impacto no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas. (WHO, 2012)

Com uma prevalência crescente, segundo a International Diabetes Federation (IDF) (2011), a diabetes afeta 366 milhões de pessoas adultas no mundo, representando 8,3% total de população adulta. Dados epidemiológicos, confirmam que a forma de progressão da diabetes a configura como uma epidemia, sendo de destacar que as projeções apontam para que em 2030 esta problemática atinja 552 milhões de pessoas, isto é, que 9,9% de pessoas no mundo sejam portadoras de diabetes, o que equivale a aproximadamente 3 pessoas com diabetes a cada 10 segundos.

Em 1989, na Declaração de St. Vincent, a diabetes foi formalmente reconhecida como um grave problema de saúde de todas as idades e todos os países, tendo sido feito um apelo aos governos e departamentos de saúde para que procedessem à reorganização dos cuidados de saúde, bem como investissem particularmente na prevenção, identificação e tratamento das suas complicações. (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde, 2008)

Pelo seu impacto social e económico, tanto em termos de produtividade como de custos (estimado em Portugal, em 2010, em cerca de 0,7 a 0,8% do PIB), bem como por ser representada por “magnitudes fora do habitual”, a diabetes é atualmente considerada como uma ameaça à concretização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, assumindo-se com um problema de saúde pública, afetando particularmente as nações social e economicamente mais desfavorecidas. (IDF, 2011; SOCIEDADE PORTUGUESA DIABETOLOGIA (SPD), 2011)

Apesar da carga da doença e da sua mortalidade estar muitas vezes subestimada, a diabetes é considerada a quarta principal causa de morte por doença ao nível mundial. Estima-se assim que no mundo o número de mortes atribuídas diretamente à diabetes, em 2011, foi cerca de 4,6 milhões, em pessoas dos 20-79 anos, o que representa 8,2% das causas de morte global nesta faixa etária, sendo de destacar que acima dos 49 anos de idade, o número de mortes por diabetes é superior nas mulheres. (IDF, 2011)

No contexto europeu, estima-se que 83 milhões de pessoas são portadoras de diabetes, prevendo-se que este valor subirá para quase 100 milhões até 2030, sendo que os dados epidemiológicos apontam para que em 2011, tenha sido causa de morte de 600 mil pessoas, 90% das quais com idade superior a 50 anos, o que se torna significativo face ao envelhecimento da população, tornando-se imperativo intervir nesta problemática. (IDF, 2011; OCDE, 2011)

Em Portugal, a prevalência da diabetes em 2010 foi de 12,4% da população portuguesa, com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, isto é, cerca de 991 mil pessoas. Tal como se verifica na Europa, afeta significativamente a população idosa, sendo de realçar que mais de um quarto da população portuguesa, entre os 60-79 anos, é portador de diabetes (27,1%). (SPD, 2011)

De acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes de 2010, em Portugal, foram detetados 623,5 novos casos de diabetes por cada 100 000 habitantes, verificando-se uma variação de 9,1% face a 2009, em que a incidência era de 571,1 novos casos por 100 000 habitantes. Estima-se ainda que no mesmo ano, ocorreram 4744 óbitos por diabetes, em Portugal, tendo o seu valor vindo a crescer nos últimos 4 anos.

É ainda de salientar que em 2009, a diabetes constituía uma das principais causas de internamento evitável por cuidados de ambulatório adequados (18,9%), sendo também apontada como uma das causas de morte evitável sensível aos cuidados de saúde. (PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde, 2011a)

As complicações da diabetes, tais como a doença cardiovascular, a nefropatia, a neuropatia, a amputação e a retinopatia, para além de terem um



impacto negativo na saúde e qualidade de vida das pessoas, bem como das suas famílias, comprometem fortemente a sua produtividade e contribuem para elevados custos de saúde individuais, sociais e económicos.

### **Complicações da diabetes – “Pé Diabético”**

Como uma das complicações major da diabetes, o “pé diabético” é definido pela WHO como toda a “situação de infeção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associada a alterações neurológicas e doença vascular periférica dos membros inferiores”, sendo responsável por um grande número de amputações em todo o mundo. (PARISI, WITTMANN e FERNANDES, 2008)

O International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) (2011) aponta para que por ano mais de um milhão de amputações são realizadas em todo o mundo, contribuindo para elevados custos por hospitalização e para reabilitação, com repercussões de ordem pessoal, social e psicológica.

Também de acordo com a Circular Normativa nº 005 de 21/01/2011 da Direção Geral da Saúde (DGS), o “pé diabético” é uma das complicações mais graves da diabetes, estimando-se que é o responsável por cerca de 70% de todas as amputações efetuadas por causas não traumáticas e o principal motivo de ocupação de camas hospitalares pelos utentes com diabetes. Segundo a mesma fonte, estima-se que, em Portugal, possam ocorrer anualmente cerca de 1600 amputações não traumáticas dos membros inferiores, sendo que cinco anos após a primeira amputação, mais de metade dos utentes com diabetes corre risco de sofrer amputação contralateral.

De acordo com os dados do Observatório Nacional da Diabetes, o número de doentes saídos (internamentos hospitalares) por pé diabético tem-se mantido relativamente constante ao longo dos últimos 5 anos (1834 em 2010), o número de amputações major (797 em 2010) é inferior ao número de amputações minor (825 em 2010), sendo que estas últimas têm vindo a aumentar (face a 760 em 2009). (SPD, 2011)

Segundo a DGS (2011b), 25% de todas as pessoas com diabetes tem condições favoráveis ao aparecimento de lesões nos pés, pelo que os utentes com diabetes constituem um grupo de risco, nomeadamente pela presença de neuropatia sensitivo-motora e de doença vascular aterosclerótica.

Face a esta problemática, muitos países têm desenvolvido programas e intervenções com vista a prevenção e a deteção precoce da doença, sendo que a evidência internacional demonstra que medidas preventivas, tais como a observação regular do pé, a educação do doente e família, bem como o tratamento multidisciplinar das úlceras dos pés, poderão reduzir as taxas de amputação em 49-85%, o que representa efetivos ganhos em saúde. (IWGDF, 2011)

Também o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD), dirigido à população com diabetes, com ou sem complicações da doença, apresenta como um dos seus objetivos gerais “atrasar o início das complicações major da diabetes e reduzir a sua incidência”, e como objetivos específicos “reduzir o número de episódios de internamento hospitalar por complicações da diabetes” e “reduzir o número de dias de incapacidade temporária para o trabalho resultante das complicações major da diabetes”.

Assim, aponta estratégias de intervenção, formação e de colheita e análise de informação, salientando a importância da prevenção da doença e educação para a saúde, bem como da prevenção e deteção precoce das suas complicações, visando o desenvolvimento de capacidades que promovam a autonomia e o autocuidado do utente com diabetes. (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde, 2008, p. 6)

No sentido de reforçar o PNPCD, no PNS 2004-2010, delineou-se como estratégias, a “identificação sistemática de diabéticos, com atribuição do Guia do Diabético; a educação terapêutica aos diabéticos identificados (...); o rastreio sistemático do “pé diabético (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004b, p. 77)

## **Rastreio sistemático do pé**

“A evidência demonstra que o rastreio sistemático do pé diabético leva à diminuição acentuada do número de amputações dos membros inferiores, obtendo-se evidentes ganhos de saúde e de qualidade de vida.” (DGS, 2011b, p.3)

### **Abordagem Geral na consulta:**

1. Envolvimento do doente no tratamento, compromisso.
2. Consulta de vigilância, repetição cuidados – educação (simples em grupo ou individual).

Uma estratégia para a prevenção de lesões e redução das amputações passa necessariamente pela educação para a saúde, individual, em grupo, nomeadamente através de grupos de inter ajuda. Para reforçar o resultado do trabalho da equipa de saúde, os profissionais devem solicitar a participação ativa de todos os envolvidos, nomeadamente dos familiares e cuidadores informais.

Independentemente do grau de risco de desenvolver feridas num futuro próximo, as orientações devem basear-se nos seguintes pontos: importância de manter o controlo da diabetes; razão para ter bons cuidados com os pés, medidas de higiene em geral, escolha de sapatos e meias adequados. Para além disto, a educação deve incidir com maior ou menor pormenor nos múltiplos aspetos, anteriormente referidos, a considerar em cada pessoa/família.

Para que as pessoas possam considerar as orientações úteis, é importante enquadrá-las na sua vida diária pelo que, consideram-se cuidados do dia-a-dia: observação, lavagem, secagem, hidratação, corte das unhas, remoção de calosidades, aquecimento adequado dos pés, meias, sapatos e outros cuidados, que se apresentam de seguida.

### Observação dos pés

Deve ser diária, quando a pessoa se descalça, de preferência no final do dia;

Num local com boa luminosidade e em posição confortável;

Pelo próprio quando vê bem ou recorrendo a uma terceira pessoa;

Recorrer a um espelho quando não conseguir observar a própria planta do pé;

Procurar manchas, gretas, alterações da temperatura, feridas, verrugas, deformações dos dedos, descamações, calosidades, inchaços, assimetria dos pés, humidade, dando especial atenção aos espaços interdigitais;

Procurar unhas com manchas, muito grossas e verificar se os cantos estão a magoar o próprio dedo ou os dedos do lado;

Procurar marcas de meias ou de calçado apertado.

### Lavagem dos pés

Deve ser diária, de preferência no final do dia, exceto se a pessoa tiver trabalho noturno;

Num local com boa luminosidade e em posição confortável;

O ideal é que seja feita com água tépida corrente;

Antes de molhar os pés verificar a temperatura da água com termómetro como os que existem para os banhos dos bebés;

Quando não é possível lavar os pés em água corrente o importante é que a lavagem não seja feita colocando os pés “de molho”, neste caso a pessoa deve colocar um pé na água, lavá-lo, retirá-lo da água e secá-lo, e só depois proceder do mesmo modo para o outro pé;

Usar um sabonete o menos agressivo para a pele, ou seja, com um pH o mais próximo possível do da pele;

Auxiliar a remoção da sujidade do pé com uma esponja ou manípulo macia devendo evitar-se esfregar demasiado para não provocar lesões.

### Secagem dos pés

Com toalha clara e macia, devendo-se evitar as fibras artificiais;

Sem friccionar a pele;

Dar atenção especial ao espaço interdigital podendo-se recorrer ao uso de papel absorvente (papel higiénico ou papel de cozinha);

Não utilizar secadores de cabelo ou outras fontes de calor pelo perigo de queimaduras.

<b>Hidratação dos pés</b>
<p>Diariamente;</p> <p>Usar creme hidratante (e não creme gordo);</p> <p>Aplicar desde a “raiz dos dedos” até aos joelhos, excepto nos dedos e espaços interdigitais.</p>
<b>Corte das unhas</b>
<p>Pelo menos semanalmente;</p> <p>Não cortar, deve-se sim limar as unhas com uma lima de cartão (devido à falta de sensibilidade e acuidade visual);</p> <p>Deve-se limar na extremidade e por cima quando se encontram demasiado espessas por micoses;</p> <p>Devem-se deixar os cantos relativamente compridos para reduzir a possibilidade de encravamento.</p>
<b>Remoção das calosidades</b>
<p>Não utilizar objetos cortantes nem metálicos, mas sim lixas de pés;</p> <p>Não utilizar calicidas;</p> <p>A periodicidade depende da espessura que estas apresentam e da velocidade de sua formação mas habitualmente este cuidado necessita ser realizado pelo menos duas vezes por semana.</p>
<b>Aquecimento dos pés</b>
<p>Não utilizar fontes de calor (lareiras, braseiras, escalfetas, aquecedores, cobertores eléctricos, etc.);</p> <p>Não usar sacos de água quente (acima de 40° a própria roupa atinge esta temperatura o que pode ser suficiente para causar queimaduras a nível dos membros inferiores);</p> <p>Usar apenas têxteis (meias de lã, cobertores, mantas, etc.).</p>
<b>Meias</b>
<p>Protegem o pé dentro do sapato protegendo da fricção e de pequenas agressões como areias e humidades;</p> <p>Devem ser de fibras naturais (algodão ou lã), de cor clara sem costuras nem elásticos;</p> <p>No entanto, também não devem ser excessivamente largas para evitar que descaiam e façam rugas dentro do sapato.</p>
<b>Sapatos</b>

São a principal causa dos traumatismos nos pés.

Exigem escolha de acordo com as seguintes características:

- Forma do sapato: biqueira larga e alta, contraforte com altura correta sem tocar nos maléolos, sapato fechado, usando atacadores ou velcro, sem costuras internas, sola semi-rígida e anti-derrapante, salto largo de 2 a 4 centímetros; quando necessita de palmilhas, o sapato deve ser experimentado com elas.
- Qualidade do material utilizado (o sapato deve ser construído com materiais que permitem o arejamento).

Cuidados a ter no dia-a-dia:

- Sacudir os sapatos antes de os calçar bem como colocar a mão dentro deles para se ter a certeza que não contêm nenhum objeto estranho.
- Os sapatos devem ser experimentados e adquiridos no final do dia pois em condições normais o volume do nosso pé varia ao longo do dia entre 5% a 8%.
- Nunca andar descalço pois um pé que não sente dor nem diferenças de temperatura pode fazer uma ferida facilmente. São frequentes as feridas provocadas pela areia quente da praia e é importante alertar as pessoas para este pormenor.
- A associação de suportes plantares (palmilhas) permite a descarga de maior pressão na região plantar, aumentando a área de contacto do pé com o solo e devem ser personalizadas. Para um acompanhamento e avaliação da evolução clínica em caso de uso de palmilhas será necessária a intervenção de pessoal especializado e o ensino direccionado à pessoa com diabetes.

---

#### Outros cuidados

Relacionar o consumo de tabaco com o agravamento de doença arterial que já existe na pessoa com diabetes;

Informar sobre posturas que prejudicam a circulação sanguínea, como por exemplo cruzar as pernas, uso de roupas excessivamente apertadas, e sentar-se com os pés pendurados;

Informar sobre a prática de exercício físico e a sua relação com o calçado.

3. Inspeção periódica dos pés das pessoas com diabetes (pelo menos uma visita anual):

- a) Identificação de fatores de risco condicionantes de lesões dos pés;
- b) Identificação de sinais de neuropatia e/ou isquemia;

- c) Inspeção de calçado e meias.
- d) Estratificação do **grau de risco para o desenvolvimento de úlcera:**

- **Baixo risco** (ausência de fatores de risco), que mantém vigilância anual pela equipa do pé diabético de nível I;
- **Médio risco** (presença de neuropatia), que mantém vigilância semestral pela equipa do pé diabético de nível I ou eventualmente de nível II;
- **Alto risco** (existência de isquemia ou neuropatia com deformidades do pé ou história de úlcera cicatrizada ou amputação prévia), que mantém vigilância cada 1 a 3 meses, pela equipa do pé diabético de nível II ou eventualmente de nível III.

(DGS, 2011b, p. 2)

4. Exame do pé:

- a) **Avaliação do estado das unhas e da pele** (secura, presença de calosidades, gretas ou micoses);
- b) **Presença de edema, deformidades do pé, proeminências ósseas, ou dos dedos ou rigidez articular;**
- c) **Inspeção de deformidade e calçado;**
- d) **Pesquisa dos pulsos do pé** - A avaliação dos pulsos dos membros inferiores é fundamental para avaliar a presença de arteriopatia.

- ✓ Palpação do pulso pedioso (entre o 1º e 2º metatarso).
- ✓ Palpação de pulso tibial posterior (posterior ao maléolo interno, entre este e o tendão de Aquiles).

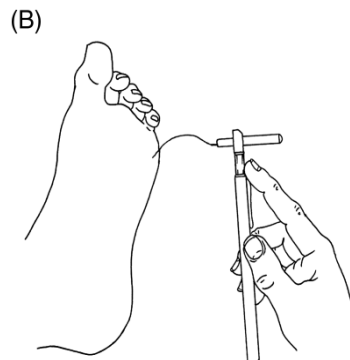
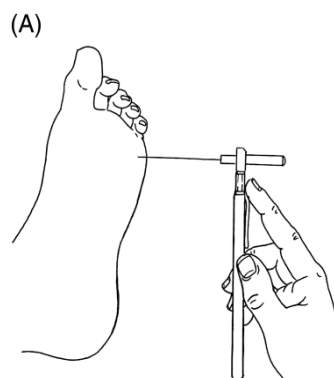


- e) **Rastreio de neuropatia:** A confirmação das alterações sensitivas, condicionadas pela neuropatia, deverá ser efetuada em todos os casos, pesquisando a sensibilidade à pressão com o monofilamento de 10 g de *Semmes-Weinstein* e pelo menos mais uma sensibilidade, como a sensibilidade vibratória (uso de diapasão de 128 Hz) ou a sensibilidade tátil (uso de algodão), ou a pesquisa de reflexos patelares e aquilianos.

### Sensibilidade protetora com monofilamento de Semmes-Weinstein

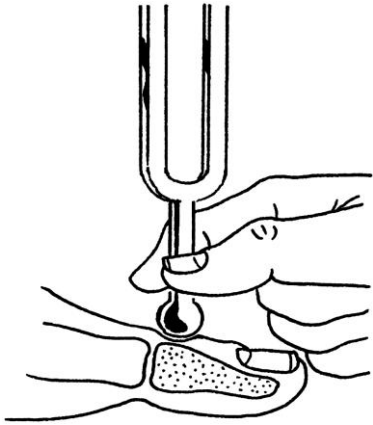
#### Procedimento:

- ✓ O exame sensorial deve ser realizado num ambiente calmo e relaxado;
- ✓ Explicar ao utente o exame a ser realizado, aplicando o monofilamento primeiro na mão, de modo a que este saiba o que está a ser testado;
- ✓ O utente não deve conseguir ver se o examinador aplica o monofilamento, nem em que local;
- ✓ Selecionar aleatoriamente a sequência de pontos a serem testados;
- ✓ Aplica-se o monofilamento perpendicular à superfície da pele
- ✓ Aplica-se uma força suficiente para fazer com que o filamento se curve ou entorte;
- ✓ O monofilamento deve estar em contacto com a pele no máximo 2 segundos;
- ✓ Quando há lesões ou calosidades realizar o teste na área em redor;
- ✓ Não deve deslizar ou fazer toques repetitivos com o monofilamento na área de teste;
- ✓ Perguntar ao individuo se sente a pressão aplicada (sim/não) e o local onde está a ser aplicada (pé esquerdo/pé direito);
- ✓ Repete-se a aplicação duas vezes no mesmo local (fazendo uma aplicação simulada) - Total de três perguntas por local;
- ✓ Existe sensibilidade protetora em cada local se os doentes responderem corretamente a duas de três aplicações.





### Avaliação vibratória com diapásão 128 Hz:



#### Procedimento:

- ✓ Aplique o diapásão sobre o pulso do utente, de modo a que este saiba o que será testado;
- ✓ O utente não deve conseguir ver se o examinador aplica o diapásão, nem que local;
- ✓ O diapásão é aplicado sobre uma parte óssea, do lado dorsal da falange distal do hálux;
- ✓ Deve aplicar-se o diapásão perpendicularmente e com uma pressão constante;
- ✓ Repetir esta aplicação duas vezes alternando com, pelo menos uma aplicação “falsa” em que o diapásão não está a vibrar;
- ✓ O teste é considerado positivo se o utente respondeu corretamente a pelo menos duas das três aplicações;
- ✓ Se o utente não consegue sentir as vibrações, o teste deve ser repetido num local mais proximal (maléolo da tibia).

## Realização de registos

Os registos médicos devem ser realizados na aplicação informática SAM.

**Identificação**

Tipo: Tipo 2(T90) DM desde: 2007 AO desde: 2007 INS desde:

**Vacinações**

Gripe: 07-10-2009 Tétano: 28-02-2011 Pneumo:

**Bio**

Tipo: Altura(cm): 165 Tabaco: Não Álcool: Não Med.Abuso: Não Drogas: Não

**Hábitos**

**Objectivos St.Vincent**

CEG: EM: AVC: IRT: Amp. AC-Torno: Amp. AB-Torno:

**Patologias Associadas**

HTA: Dislipidemia: Nefropatia: Retinopatia: Glicémia: Ins. Cardíaca: D.Coronária: Neuropatia: Outra: Obesidade: Dermatofitose: Alterações Do Metabolismo Dos Lipídios:

**Auto-Vigilância**

**Consultas**

a partir de: Med. Crónica MCDT PA Guia do Diabete Sim Rastreios: Retinopatia ... OK

Data	Peso(kg)	IMC	P.Abd.	T.As	T.Ad	MAIb	HbG1i	G1i-C	Ofal.	Pé	Educação	U-J	HbG1i	Cre	Col	HDL	Trig	LDL	TFGe	In
20-07-2012	78,4	28,8	120	60	10				Con...	Sim	mandei oft hba	110	6,2							
16-03-2012			140	80								110	7	7	208	54	119	130,2		
02-12-2011			160	80								146	7,7							
07-06-2011			140	80																
24-05-2011	82,9	30,4	120	60								120	7,7							

Notas:

Registo: 1/8 <OSC>

Os registos de enfermagem devem ser efetuados na aplicação informática SAPE, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

**Programas de Saúde**

Programas	Início		Termo		Associa
	Data	Hora	Data	Hora	
Saúde do Adulto	2012.11.20	12:31			<input checked="" type="checkbox"/>
Grupo de Risco: Diabetes	2012.11.20	15:23			<input checked="" type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

Nome: Deonilde Claudia Peixoto Sousa  
 Termo:

Standard Termo

**Observações**

USF TRAVESSA DA SAUDE N° Contacto: 129534

Registo: 1/2 <OSC>

**Fenómenos Frequentes**

- Obesidade
- Metabolismo energético
- Aceitação do Estado de Saúde
- Comportamento de Procura de Saúde
- Comportamento de Adesão
- Auto - Vigilância
- Auto-Administração de Medicar
- Gestão do Regime Terapêutico

☒ Programas de saúde do contacto

Nome: Deonilde Claudia Peixoto Sousa

Termo:

Status Termo Intervenções

**Foco de Atenção**

	Início		Termo	
	Data	Hora	Data	Hora
x Adesão À Vacinação	2012.10.19	16:54		
x Gestão do Regime Terapêutico	2012.11.20	15:26		

**Diagnóstico de Enfermagem**

20 Nov 2012 15:26 conhecimento sobre medidas de prevenção de complicações no gestão do regime terapêutico não demonstrado

USF TRAVESSA DA SAUDE N° Contacto: 129534

Registo: 2/2 <OSC>

**Intervenções do Serviço**

Tipo:  Fenómenos e ATITUDES TERAPÉUTICAS:  Gestão do Regime Terapêutico

**Intervenções**

- ☐ Facilitar encontro com pessoas com gestão eficaz do regime terapêutico
- ☐ Incentivar a actividade física
- ☐ Monitorizar Hba1c
- ☐ Monitorizar hemoglobina glicada (Hb 1Ac)
- ☐ Monitorizar a dor através de escala de dor
- ☐ Monitorizar altura corporal
- ☐ Monitorizar frequência cardíaca
- ☐ Monitorizar glicemia capilar
- ☐ Monitorizar índice de massa corporal (IMC)
- ☐ Monitorizar perímetro abdominal
- ☐ Monitorizar peso corporal
- ☐ Monitorizar risco de diabetes tipo 2
- ☒ **Monitorizar risco de úlcera do pé diabético**
- ☐ Monitorizar tensão arterial
- ☐ Monitorizar urina: corpos cetónicos

Seleção: ☐ Sugeridas ☒ Todas

Termo: 

Data	Hora

Termo:

Nº Contacto: 129534

Registo: 30/? <OSC>

**Registo de Valores de risco de úlcera de pé diabético**

Data/Hora: 2012.11.20 | 15:39

**Pé Diabético**

O pé está em situação de risco quando se verifica a presença de qualquer das seguintes condições:

**Anamnese:**

	Sim	Não	NAv
1. Complicações tardias (diminuição acuidade visual,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tabagismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Conhecimento não demonstrado (risco da doença, auto-vigilância...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Condições socioeconómicas deficientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Calçado e meias inadequados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tudo</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Exame aos pés**

	Pé Direito			Pé Esquerdo		
	Sim	Não	NAv	Sim	Não	NAv
6. Integridade cutânea alterada (secura, calosidades, gretas, micose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Presença de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Deformidades do pé, com proeminências ósseas, ou dos dedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Neuropatia	a. Não detecção do monofilamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	b. Não detecção do diapasão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	c. Não detecção do algodão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	d. Reflexos alterados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Isquemia	a. Ausência do pulso pedioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	b. Ausência do pulso tibial posterior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	c. Claudicação ou dor em repouso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	d. Cor e temperatura da pele alterada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ITB alterado (< 0.9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11. Úlcera anterior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Amputação anterior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tudo</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Nota:**  Ok Cancelar

**Legenda:**

- Baixo:** Ausência de neuropatia, isquemia, úlcera e amputação anterior; Deverá manter-se uma vigilância anual;
- Médio:** Presença de neuropatia - deverá manter-se uma vigilância semestral;
- Alto:** Existência de isquemia ou de neuropatia associada aos pontos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ou 8, ou história de úlcera cicatrizada ou amputação prévia. Deverá ser avaliado de 1 a 3 meses.

Registo: 1/1 <OSC>

**Fenómenos Frequentes**

Obesidade  
Metabolismo energético  
Aceitação do Estado de Saúde  
Comportamento de Procura de Saúde  
Comportamento de Adesão  
**Auto - Vigilância**  
Auto-Administração de Medicar  
Gestão do Regime Terapêutico

☒ Programas de saúde do contacto

**Foco de Atenção**

	Início		Termo	
	Data	Hora	Data	Hora
x Adesão À Vacinação	2012.10.19	16:54		
x Gestão do Regime Terapêutico	2012.11.20	15:26		
x Auto - Vigilância	2012.11.20	15:27		

**Diagnóstico de Enfermagem**

20 Nov 2012 15:27 conhecimento sobre auto-vigilância dos pés no auto - vigilância não demonstrado

USF TRAVESSA DA SAUDE

Nº Contacto: 129534

Registo: 3/3

<OSC>

**Intervenções Sugeridas**

Tipo:  Fenómenos e ATITUDES TERAPÊUTICAS: Auto - Vigilância

**Intervenções**

- ☒ Ensinar auto-vigilância dos pés
- ☐ Ensinar prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar
- ☐ Ensinar prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial
- ☒ Ensinar prestador de cuidados sobre vigilância dos pés
- ☒ Ensinar sobre a relação entre auto - vigilância e prevenção de complicações
- ☐ Ensinar sobre auto - vigilância da mama
- ☐ Ensinar sobre auto - vigilância: glicemia
- ☐ Ensinar sobre auto vigilância
- ☐ Ensinar sobre auto vigilância da gravidez
- ☐ Ensinar sobre auto-vigilância da tensão arterial
- ☐ Ensinar sobre auto-vigilância dos testículos
- ☐ Incentivar auto vigilância
- ☐ Incentivar auto vigilância da gravidez
- ☐ Instruir auto vigilância
- ☐ Instruir auto-vigilância da glicemia capilar

**Seleção**

☒ Sugeridas ☐ Todas

☒ Programas de Saúde do contacto

USF TRAVESSA DA SAUDE

Nº Contacto: 129534

Registo: 4/7

<OSC>

**Intervenções Sugeridas**

Tipo:  Fenómenos e ATITUDES TERAPÉUTICAS: Auto - Vigilância

**Intervenções**

- ☒ Incentivar auto vigilância
- ☐ Incentivar auto vigilância da gravidez
- ☐ Instruir auto vigilância
- ☐ Instruir auto-vigilância da glicemia capilar
- ☐ Instruir auto-vigilância da mama
- ☐ Instruir auto-vigilância da tensão arterial
- ☒ Instruir auto-vigilância dos pés
- ☐ Instruir auto-vigilância dos testículos
- ☐ Instruir prestador de cuidados a proceder à auto vigilância da glicemia capilar
- ☒ Instruir prestador de cuidados a proceder à vigilância dos pés
- ☐ Providenciar equipamento de auto - vigilância glicemia capilar
- ☒ Providenciar material de leitura sobre auto - vigilância
- ☐ Reforçar crenças de saúde
- ☐ Treinar auto - vigilância
- ☐ Treinar auto-vigilância da glicemia capilar

Seleção: ☒ Sugeridas ☐ Todas

☒ Programas de Saúde do contacto

Termo

Data	Hora

Termo

Nº Contacto: 129534

Registo: 23/? <OSC>

**Intervenções Sugeridas**

Tipo:  Fenómenos e ATITUDES TERAPÉUTICAS: Auto - Vigilância

**Intervenções**

- ☐ Instruir auto-vigilância dos testículos
- ☐ Instruir prestador de cuidados a proceder à auto vigilância da glicemia capilar
- ☒ Instruir prestador de cuidados a proceder à vigilância dos pés
- ☐ Providenciar equipamento de auto - vigilância glicemia capilar
- ☒ Providenciar material de leitura sobre auto - vigilância
- ☐ Reforçar crenças de saúde
- ☐ Treinar auto - vigilância
- ☐ Treinar auto-vigilância da glicemia capilar
- ☐ Treinar auto-vigilância da mama
- ☐ Treinar auto-vigilância da tensão arterial
- ☒ Treinar auto-vigilância dos pés
- ☐ Treinar auto-vigilância dos testículos
- ☐ Treinar prestador de cuidados a proceder à auto vigilância da glicemia capilar
- ☒ Treinar prestador de cuidados a proceder à vigilância dos pés
- ☐ Vigiar auto - vigilância

Seleção: ☒ Sugeridas ☐ Todas

☒ Programas de Saúde do contacto

Termo

Data	Hora

Termo

Nº Contacto: 129534

Registo: 32/33 <OSC>

## **Apêndice XVI - Ficha de avaliação da satisfação**



Ficha de satisfação da sessão:  
**“Diabetes e Cuidados a ter com os pés”**

Coloque uma cruz (X) no quadrado que pretende:

	<b>Não Satisfaz</b>	<b>Satisfaz</b>	<b>Satisfaz Muito</b>
<b>Interesse dos conteúdos</b>			
<b>Clareza dos conteúdos</b>			
<b>Utilidade dos conteúdos</b>			
<b>Duração da sessão</b>			
<b>Clareza da apresentação</b>			
<b>Documentos disponibilizados</b>			
<b>Instalações e equipamentos</b>			

**Obrigada pela colaboração**





Ficha de satisfação da sessão:  
**“Vamos lá mexer! - Prática de atividade física dos membros inferiores”**

Coloque uma cruz (X) no quadrado que pretende:

	<b>Não Satisfaz</b>	<b>Satisfaz</b>	<b>Satisfaz Muito</b>
<b>Interesse dos conteúdos</b>			
<b>Clareza dos conteúdos</b>			
<b>Utilidade dos conteúdos</b>			
<b>Duração da sessão</b>			
<b>Clareza da apresentação</b>			
<b>Documentos disponibilizados</b>			
<b>Instalações e equipamentos</b>			

**Obrigada pela colaboração**



## Ficha de satisfação da sessão de sensibilização dos profissionais da USF sobre a avaliação do pé e respetivo registo

Coloque uma cruz (X) no quadrado que pretende:

	<b>Não Satisfaz</b>	<b>Satisfaz</b>	<b>Satisfaz Muito</b>
<b>Interesse dos conteúdos</b>			
<b>Clareza dos conteúdos</b>			
<b>Utilidade dos conteúdos</b>			
<b>Duração da sessão</b>			
<b>Clareza da apresentação</b>			
<b>Documentos disponibilizados</b>			
<b>Instalações e equipamentos</b>			

**Obrigada pela colaboração**

## **Apêndice XVII – Resultados da Ficha de Avaliação da Satisfação**

**Tabela 38 – Distribuição dos utentes em relação à sua satisfação com a sessão: “Diabetes e Cuidados a ter com os pés”**

	Não Satisfaz	Satisfaz	Satisfaz Muito
Interesse dos conteúdos		3	20
Clareza dos conteúdos		3	20
Utilidade dos conteúdos		4	19
Duração da sessão		10	13
Clareza da apresentação		3	20
Documentos disponibilizados		7	16
Instalações e equipamentos		5	18

**Tabela 39 - Distribuição dos utentes em relação à sua satisfação com a sessão: “Vamos lá mexer! - Prática de atividade física dos membros inferiores”**

	Não Satisfaz	Satisfaz	Satisfaz Muito
Interesse dos conteúdos		1	23
Clareza dos conteúdos		1	23
Utilidade dos conteúdos		1	23
Duração da sessão		1	23
Clareza da apresentação		1	23
Documentos disponibilizados		4	20
Instalações e equipamentos		4	20

**Tabela 40 - Distribuição dos profissionais da USFTS em relação à sua satisfação com a sessão: “Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético”**

	Não Satisfaz	Satisfaz	Satisfaz Muito
Interesse dos conteúdos		7	13
Clareza dos conteúdos		8	12
Utilidade dos conteúdos		5	15
Duração da sessão		8	12
Clareza da apresentação		7	13
Documentos disponibilizados		6	14
Instalações e equipamentos		2	18

**Apêndice XVIII – Tabelas com os resultados do diagnóstico educacional  
(Etapa de avaliação)**

**Tabela 41 – Distribuição dos utentes em relação ao conhecimento sobre os cuidados essenciais com os pés (após a intervenção)**

<b>Cuidados Essenciais com os Pés</b>	<b>Conhecimento correto</b>		<b>Conhecimento incorreto</b>	
	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa</b>
Lavagem pés diariamente	26	100	0	0
Secar regiões interdigitais	25	95	1	5
Remoção de calosidades	23	88	3	12
Hidratação da pele	20	76	6	24
Corte de unhas*	20	76	3	12
Calçado Aberto	8	30	18	70
Estrutura do calçado	26	100	0	0
Aspeto interno do calçado	26	100	0	0
Andar descalço	23	88	3	12
Tipo de meias	26	100	0	0
Verificação de calçado	26	100	0	0
Observação dos pés	18	70	8	30

\*não responderam – 3 utentes (12%)

## **Anexos**

## **Anexo I – Questionário**



INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - PÉ DIABÉTICO: FACTORES  
COMPORTAMENTAIS PARA A SUA PREVENÇÃO  
DIAGNÓSTICO COMPORTAMENTAL

QUESTÃO 1

Lava os pés todos os dias?

1 - sim

2 - não

3 - às vezes. Qual a frequência? \_\_\_\_\_

4 - só quando toma banho. Qual a frequência? \_\_\_\_\_

QUESTÃO 2

O que usa para lavar os pés?

1 - sabão

2 - sabonete comum

3 - sabonete neutro

4 - água

5 - outro? \_\_\_\_\_

QUESTÃO 3

Seca os pés entre os dedos, sempre que lava os pés?

1 - sim

2 - não

3 - às vezes

QUESTÃO 4

Para remover calos usa?

- 1 - lixa de papel e creme hidratante
- 2 - lixa de metal e creme hidratante
- 3 - pedra-ume ou pedra-pomes e creme hidratante
- 4 - pedra normal e creme hidratante
- 5 - substância química (calicida)
- 6 - outro? \_\_\_\_\_

#### QUESTÃO 5

Aplica creme hidratante?

- 1 - entre os dedos e na sola do pé em cima, na sola e no calcanhar
- 2 - em cima e na sola do pé
- 3 - em cima, na sola e no calcanhar
- 4 - em cima, na sola, entre os dedos e no calcanhar?

#### QUESTÃO 6

Aplica creme hidratante nos pés, todos os dias?

- 1 - sim
- 2 - não
- 3 - às vezes

#### QUESTÃO 7

Corta as unhas?

- 1 - rente ao dedo quadrada (reta)
- 2 - rente ao dedo redonda (cortando os cantos)
- 3 - não rente ao dedo redonda (cortando os cantos)
- 4 - não rente ao dedo quadrada (reta)

Se você não corta, quem faz? \_\_\_\_\_

#### QUESTÃO 8

Usa calçado aberto?

- 1 - só em casa
- 2 - em casa e para sair
- 3 - só para sair
- 4 - não usa

#### QUESTÃO 9

O calçado que usa quanto à estrutura é?

- 1 - folgado
- 2 - apertado
- 3 - justo
- 4 - macio e confortável

#### QUESTÃO 10

O calçado que usa quanto ao aspecto interno é?

- 1 - sem costura
- 2 - com costura
- 3 - deixa marca nos pés
- 4 - com e sem costura

#### QUESTÃO 11

Usa palmilhas no calçado?

- 1 - fechado

- 2 - aberto
- 3 - tanto faz
- 4 – nenhum

#### QUESTÃO 12

Anda descalço?

- 1 - só em casa
- 2 - em casa e na rua
- 3 - na rua
- 4 - nunca anda descalço

#### QUESTÃO 13

Usa meias de que cor?

- 1 - claras e com costura
- 2 - claras e sem costura
- 3 - escuras e com costura
- 4 - escuras e sem costura
- 5 - escuras e claras sem costura
- 6 - escuras e claras com costura
- 7 - outro? \_\_\_\_\_

#### QUESTÃO 14

Que tipo de meia usa?

- 1 - de algodão
- 2 - de fio sintético
- 3 - de lã

4 - outro? \_\_\_\_\_

#### QUESTÃO 10

Verifica o calçado por dentro antes de usá-lo?

1 - sim

2 - não

3 - às vezes

#### QUESTÃO 16

Examina os pés?

1 - diariamente

2 - semanalmente

3 - mensalmente

4 - trimestralmente

5 - anualmente

Quem examina? \_\_\_\_\_

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - PÉ DIABÉTICO: FACTORES  
COMPORTAMENTAIS PARA A SUA PREVENÇÃO  
DIAGNÓSTICO EDUCACIONAL

QUESTÃO 1

Os pés devem ser lavados (com água e sabão) todos os dias

1 - sim

2 - não

3 - às vezes. Qual a frequência? \_\_\_\_\_

4 - só quando toma banho. Qual a frequência? \_\_\_\_\_

QUESTÃO 2

Deve-se lavar os pés com

1 - sabão

2 - sabonete comum

3 - sabonete neutro

4 - água

5 - outro? \_\_\_\_\_

QUESTÃO 3

Deve-se enxugar entre os dedos, sempre que os pés ficam molhados

1 - sim

2 - não

3 - às vezes

QUESTÃO 4

Para remover calos deve-se usar

1 - lixa de papel e creme hidratante

- 2 - lixa de metal e creme hidratante
- 3 - pedra-ume ou pedra-pomes e creme hidratante
- 4 - pedra normal e creme hidratante
- 5 - substância química (calicida)
- 6 - outro? \_\_\_\_\_

#### QUESTÃO 5

Deve-se aplicar creme hidratante

- 1 - entre os dedos e na sola do pé
- 2 - em cima e na sola do pé
- 3 - em cima, na sola e no calcanhar
- 4 - em cima, na sola, entre os dedos e no calcanhar?

#### QUESTÃO 6

As unhas devem ser cortadas

- 1 - rente ao dedo quadrada (reta)
- 2 - rente ao dedo redonda (cortando os cantos)
- 3 - não rente ao dedo redonda (cortando os cantos)
- 4 - não rente ao dedo quadrada (reta)

Se você não corta, quem faz? \_\_\_\_\_

#### QUESTÃO 7

Deve-se usar calçado aberto

- 1 - só em casa
- 2 - em casa e para sair

3 - na rua

4 - não usa

#### QUESTÃO 8

O calçado que deve-se usar quanto à estrutura é

1 - folgado

2 - apertado

3 - justo

4 - macio e confortável

#### QUESTÃO 9

O calçado que se deve usar quanto ao aspecto interno é

1 - sem costura

2 - com costura

3 - deixa marca nos pés

4 - com e sem costura

#### QUESTÃO 10

Deve-se usar preferencialmente que tipo de meia

1 - de algodão

2 - de fio sintético

3 - de lã

4 - outro? \_\_\_\_\_

#### QUESTÃO 11

Deve-se andar descalço



- 1 - só em casa
- 2 - em casa e na rua
- 3 - na rua
- 4 - nunca anda descalço

#### QUESTÃO 12

Devem-se usar palmilhas no calçado

- 1 - fechado
- 2 - aberto
- 3 - tanto faz
- 4 - nenhum

#### QUESTÃO 13

Deve-se verificar o calçado por dentro antes de usá-lo

- 1 - sim
- 2 - não
- 3 - às vezes

#### QUESTÃO 14

Os pés devem ser examinados

- 1 - diariamente
- 2 - semanalmente
- 3 - mensalmente
- 4 - trimestralmente
- 5 - anualmente

Quem examina? \_\_\_\_\_

## **Anexo II – Folha de avaliação do exame clínico de rastreio do pé**

**FOLHA DE AVALIAÇÃO DO EXAME CLÍNICO DE RASTREIO DO PÉ,  
FÁCIL DE UTILIZAR**

CONSIDERA-SE QUE O PÉ ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RISCO QUANDO SE VERIFICA A PRESENÇA DE QUALQUER DAS SEGUINTE CONDIÇÕES:

Deformação ou proeminências ósseas	Sim/Não
Pele não intacta (úlceras)	Sim/Não
Neuropatia	
- Não detecção do monofilamento	Sim/Não
- Não detecção do diapasão	Sim/Não
- Não detecção do algodão	Sim/Não
Pressão anormal, calosidade	Sim/Não
Perda de mobilidade articular	Sim/Não
Pulsos do pé	
- Ausência da artéria tibial posterior	Sim/Não
- Ausência da artéria pediosa	Sim/Não
Alteração da cor em situação de declive	Sim/Não
Quaisquer outras	
- úlcera anterior	Sim/Não
- amputação	Sim/Não
Calçado inadequado	Sim/Não

Fonte: International working group on the diabetic foot (2011) –**Directivas práticas sobre o tratamento e a prevenção do pé diabético**. Brussels: International Working Group on the Diabetic Foot/ IDF.